



Universidad
Carlos III de Madrid
www.uc3m.es

TESIS DOCTORAL

POLÍTICAS PÚBLICAS DE REHABILITACIÓN LABORAL PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE

**Los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) en la
Comunidad de Madrid (2008-2012)**

Autor:

SEGUNDO VALMORISCO PIZARRO

Director:

JULIO ALGUACIL GÓMEZ

DEPARTAMENTO:

ANÁLISIS SOCIAL

Getafe, enero 2015



Universidad
Carlos III de Madrid
www.uc3m.es

TESIS DOCTORAL

POLÍTICAS PÚBLICAS DE REHABILITACIÓN LABORAL PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE

Los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) en la Comunidad de Madrid (2008-2012)

Autor: SEGUNDO VALMORISCO PIZARRO

Director/es: JULIO ALGUACIL GÓMEZ

Firma del Tribunal Calificador:

Firma

Presidente:

Vocal:

Secretaria:

Calificación:

Leganés/Getafe, de de 2015

ÍNDICE

Agradecimientos.....	9
Lista de Acrónimos.....	10
1. MARCO INTRODUCTORIO.....	17
1.1 INTRODUCCIÓN.....	17
1.2 PROBLEMA-OBJETO DE INVESTIGACIÓN.....	22
1.3 HIPÓTESIS DE PARTIDA.....	28
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	29
2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	31
2.1 DOCUMENTAL.....	31
2.2 CUANTITATIVA.....	34
2.2.1 DISEÑO INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA.....	34
2.3 CUALITATIVA.....	37
2.3.1 DISEÑO INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.....	37
2.4 CRONOGRAMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	42
3. MARCO CONCEPTUAL-TEÓRICO.....	43
3.1 EL MERCADO DE TRABAJO: CARACTERÍSTICAS BÁSICAS Y PRINCIPALES TEORÍAS SOCIOLÓGICAS....	43

3.2	LA DISCAPACIDAD Y LA ENFERMEDAD MENTAL: DESARROLLO HISTÓRICO	61
3.3	CONCEPTO DE DISCAPACIDAD Y ENFERMEDAD MENTAL.....	66
3.4	LOS ITINERARIOS INSERCIÓN DE SOCIOLABORAL: CONCEPTO Y BREVE DESARROLLO HISTÓRICO.....	73
3.5	EL CONCEPTO DE INSERCIÓN SOCIOLABORAL	74
3.6	LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN LABORAL: CONCEPTO Y BREVE DESARROLLO HISTÓRICO.....	76
3.7	EVOLUCIÓN DE LOS MODELOS DE PROGRAMAS DE EMPLEO CON PEM.....	78
4.	MARCO LEGISLATIVO: LA REHABILITACIÓN LABORAL PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL Y LOS ITINERARIOS DE INSERCIÓN SOCIOLABORAL EN EL MARCO NORMATIVO DE LA DISCAPACIDAD EN ESPAÑA.....	81
4.1	NUESTRA CARTA MAGNA: LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA (1978).	82
4.2	EL ORIGEN DE LA REHABILITACIÓN PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL: LA LEY DE INTEGRACIÓN SOCIAL DEL MINUSVÁLIDO (1982).....	83
4.3	UN PASO MÁS: LA LEY DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES, NO DISCRIMINACIÓN Y ACCESIBILIDAD UNIVERSAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. LIONDAU (2003).....	91
4.4	INTERNACIONALIZANDO NUESTRO MARCO NORMATIVO: LEY DE ADAPTACIÓN NORMATIVA DE LIONDAU A CONVENCIÓN INTERNACIONAL NACIONES UNIDAS SOBRE DERECHOS DE LAS PCD (2001)	93
4.5	EL ESTADO DE LA CUESTIÓN EN LA ACTUALIDAD: REAL DECRETO LEGISLATIVO POR EL QUE SE APRUEBA EL TEXTO REFUNDIDO DE LA LEY GENERAL	

	DE DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y DE SU INCLUSIÓN SOCIAL (2013).....	97
4.6	EL CASO DE LA COMUNIDAD DE MADRID: DECRETO 122/1997, DE 2 DE OCTUBRE, EN EL QUE SE ESTABLECE EL RÉGIMEN JURÍDICO BÁSICO DEL SERVICIO PÚBLICO DE ATENCIÓN SOCIAL, REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y SOPORTE COMUNITARIO DE PERSONAS AFECTADAS DE ENFERMEDADES MENTALES GRAVES Y CRÓNICAS CON PROBLEMAS DE INTEGRACIÓN SOCIAL.....	99
4.7	CONCLUSIONES EN RELACIÓN AL MARCO LEGISLATIVO EXISTENTE SOBRE REHABILITACIÓN LABORAL.....	107
5.	POLÍTICAS Y RECURSOS.....	111
5.1	NIVEL INTERNACIONAL.....	111
5.1.1	PLAN DE ACCION INTEGRAL SOBRE SALUD MENTAL (2013-2020). OMS.....	111
5.2	NIVEL EUROPEO.....	112
5.2.1	ESTRATEGIAS GLOBALES DE ACCION PARA EL EMPLEO ESPAÑA Y UE (2012-2020). ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD MENTAL (2009-2013) Y EL FONDO SOCIAL EUROPEO (2007-2013).....	112
5.3	NIVEL NACIONAL.....	117
5.3.1	LOS PLANES NACIONALES DE ACCIÓN PARA LA INCLUSIÓN DEL REINO DE ESPAÑA (2001-2010).....	117
5.3.2	EL PLAN NACIONAL DE INCLUSIÓN SOCIAL DEL REINO DE ESPAÑA (2013-2016).....	119

5.3.3 EL III PLAN DE ACCIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD (2012-2015).....	120
5.4 NIVEL REGIONAL.....	122
5.4.1 EL III PLAN DE ACCIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID (2012-2015).....	122
5.4.2 EL PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID (2010-2014).....	123
5.4.3 LOS PLANES ESTRATÉGICOS DE SALUD MENTAL DE LAS CC.AA.....	123
5.4.4 ANÁLISIS COMPARATIVO DEL RECURSO EN RELACIÓN A OTRAS CC.AA.....	139
5.4.4.1 ANDALUCÍA	
5.4.4.2 CASTILLA-LA MANCHA	
5.4.4.3 CATALUÑA	
5.4.4.4 MADRID	
5.4.4.5 GALICIA	
5.4.4.6 ARAGÓN	
5.4.4.7 ASTURIAS	
5.4.4.8 CANARIAS	
5.4.4.9 CANTABRIA	
5.4.4.10 CASTILLA-LEÓN	
5.4.4.11 EXTREMADURA	
5.4.4.12 ISLAS BALEARES	
5.4.4.13 LA RIOJA	
5.4.4.14 MURCIA	
5.4.4.15 NAVARRA	
5.4.4.16 PAÍS VASCO	
5.4.4.17 VALENCIA	

5.4.4.18	CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS DIFERENTES CC.AA.....	207
6.	LOS CRL Y LOS ITINERARIOS DE INSERCIÓN SOCIOLABORAL.....	231
6.1	LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN LABORAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID: CONCEPTO, OBJETIVOS, COLECTIVOS DIANA Y RECURSOS OFRECIDOS.....	231
6.2	LOS ITINERARIOS DE INSERCIÓN SOCIOLABORAL: CONCEPTO Y MODELOS EN LA ACTUALIDAD.....	237
6.3	ESTUDIO DE CASO.....	253
6.3.1	LOS ITINERARIOS DE INSERCIÓN LABORAL EN LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN LABORAL	253
6.3.2	RESULTADOS INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA.....	291
6.3.3	RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA Y ANÁLISIS DAFO.....	314
7.	LA INSERCIÓN LABORAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN TIEMPOS DE CRISIS: ANÁLISIS COMPARADO DE LOS RECURSOS DE REHABILITACIÓN A NIVEL ESTATAL E IMPACTO DE LOS CRL EN LA CREACIÓN DE EMPLEO.....	323
8.	MODELOS DE INTERVENCIÓN Y PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA REHABILITACIÓN LABORAL	340
9.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	357
10.	BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA.....	374

11. ANEXOS.....	389
11.1 GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	390
11.2 TABLAS DE DATOS CUANTITATIVOS.....	401
11.3 GUIÓN ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD Y FICHAS RESUMEN.....	450
11.4 GUIÓN GRUPOS DE DISCUSIÓN Y FICHAS RESUMEN.....	461

Agradecimientos

A Arantxa, Marina, Álvaro y Lucía, porque todos somos uno.

A Lorenzo y Carmen, mis queridos padres.

A mis buenos amigos.

A Julio Alguacil por sus sabios consejos.

A Mercedes Pérez por hacerme retomar este camino nunca olvidado.

A Carlos Fuentes por ayudarme a elegir un tema que a ambos nos apasiona.

A Abelardo Rodríguez por su tiempo, sus innovadoras ideas y su compromiso.

A todos los directores de los CRL y especialmente a Miryam Alonso, así como a los Técnicos de apoyo (TAIL), quienes se brindaron igualmente para ofrecerme toda su experiencia.

Por encima de todo, a las personas que diariamente acuden a los Centros de Rehabilitación Laboral y a sus familiares.

Lista de Acrónimos

A

ACEMNA	Asociación de Centros Especiales de Empleo Sin Ánimo de Lucro de Navarra
AD	Agrupación de Desarrollo
ADIEM	Asociación para la Defensa e Integración de las Personas con Enfermedad Mental
AEMIS	Asociación de Enfermos Mentales para la Integración Social
AEO	Acompañamiento al Empleo Ordinario
AESE	Asociación Española de Empleo con Apoyo
AFAES	Asociación de familias para el apoyo de personas con enfermedad mental
AFESA	Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Asturias
AFIM	Fundación de Ayuda, Formación e Integración del Discapacitado
AGCM	Taller de las áreas administrativa, gráfica, comercial y manipulativa
AGM	Asociación de Empresarios de Artes Gráficas de Madrid
AMMFEINA	Asociación catalana de entidades para la inserción de personas con enfermedad mental.
APAFANES	Asociación Familiares y personas con enfermedad mental.
APAFENES	Federación Extremeña de Asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental

ARAPDIS	Asociación para la Rehabilitación y Adaptación de Personas Disminuidas en su capacidad de Integración Sociolaboral
ARFES	Asociación Riojana de Enfermos Psíquicos
ASAFES	Asociación Alavesa de familias y enfermos mentales
ASCASAM	Asociación Cántabra Pro Salud Mental
ASVAR	Asociación Vasca de Rehabilitación Psicosocial
AVIFES	Asociación Vizcaína de Familiares y Enfermos Mentales
AZTEGI	Asociación en favor de personas con deficiencia mental de Gipuzkoa

B

BAE	Búsqueda activa de empleo
BIZITEGI	Asociación de apoyo e inserción de personas en situaciones desfavorecidas
BOCM	Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid
BOCYL	Boletín Oficial de Castilla y León
BOIL	Boletín Oficial de Islas Baleares
BOJA	Boletín Oficial de la Junta de Andalucía
BOPV	Boletín Oficial del País Vasco
BOR	Boletín Oficial de La Rioja
BORM	Boletín Oficial de La Región de Murcia

C

CAI	Centros de Apoyo a la Integración
CAPV	Comunidad Autónoma del País Vasco
CAV	Comunidad Autónoma Vasca

CET	Centro Especial de Trabajo
CD	Centros de Día
CEE	Centros Especiales de Empleo
CIL	Centro de Inserción laboral
CIE	Centros Integrados de Empleo
CO	Centro Ocupacional
CREA	Confederación de empresarios de Aragón
CRIS	Centros de rehabilitación e Integración social
CRL	Centros de Rehabilitación Laboral
CRPS	Centros de Rehabilitación Psicosocial
CRPSL	Centros de rehabilitación Psicosocial y laboral
CSM	Centro de Salud Mental
CSMA	Centro de Salud Mental de Adultos

D

DGA	Diputación General de Aragón
DOCV	Diario Oficial de la Comunidad Valenciana
DOE	Diario Oficial de Extremadura
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

E

EA	Empleo con Apoyo
EBAE	Entrenamiento para la Búsqueda activa de empleo
ECA	Epidemiological Catchment Area
EDAD	Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia
EEE	Estrategia Europea de Empleo

EHLABE	Asociación Entidades Trabajo Protegido del País Vasco
EI	Empresas de Inserción
EMG	Enfermedad Mental Grave
EPA	Encuesta de Población Activa
ERE	Expediente de Regulación de Empleo
ESM	Estrategia de Salud Mental

F

FAISEM	Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental
FEAFES	Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental
FECLEI	Federación Castellano-Leonesa Empresas de Inserción
FEDER	Fondo Europeo de Desarrollo Regional
FIAPAS	Confederación Española de Familias de Personas Sordas
FISLEM	Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Sociolaboral del Enfermo Mental
FOREM	Fundación Formación y Empleo Miguel Escalera
FSE	Fondo Social Europeo

G

GESMA	Gestión Sanitaria de Mallorca
-------	-------------------------------

H

HOJA	Taller de horticultura y jardinería
------	-------------------------------------

I

IASS	Instituto de Atención Social y Socio-sanitaria
IDEA	Agencia de Innovación y desarrollo de Andalucía
IES	Instituto de Enseñanza Secundaria
IMHPA	Red Europea de Promoción de la Salud Mental y Prevención de los Trastornos Mentales
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
INE	Instituto Nacional de Estadística
INEM	Instituto Nacional de Empleo
IPS	Individual Placement and Support
ITT	Intention-to-treat

L

LIONDAU	Ley de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad
LISMI	Ley de Integración social del minusválido

M

MADEX	Marco de Atención a la discapacidad de Extremadura
MOLA	Taller de Madera, Oficios y labores aplicadas
MR	Minirresidencias

O

OEDEM	Observatorio de empleo personas enfermedad mental
-------	---

OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
OPEA	Orientación Profesional para el empleo y Asistencia para el Autoempleo

P

PANSS	Positive and Negative Syndrome Scale
PBE	Práctica basada en la evidencia
PCD	Personas con discapacidad
PEM	Personas con enfermedad mental
PILA	Plan de incorporación laboral apoyada
PIR	Programa Individual de Rehabilitación
PIRL	Plan individual de Rehabilitación laboral
PIRP	Planes Insulares de Rehabilitación Psicosocial
PNAIN	Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social
PS	Pisos Supervisados

R

RAE	Real Academia Española de la lengua
RPS	Rehabilitación Psicosocial

S

SEF	Servicio de fomento del empleo
SEPAD	Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia

SEPE	Servicio Público de Empleo Estatal
SERMAN	Servicios de mantenimiento, limpieza y lavandería
SESPA	Servicio de Salud del Principado de Asturias
SIL	Servicio de Integración Laboral
SISMA	Sistema Sanitario Público de Andalucía
SMI	Salario Mínimo Interprofesional
SOAE	Servicio de orientación y Apoyo al Empleo

T

TAIL	Técnico de apoyo a la inserción laboral
TAO	Taller de Administración y Oficina
TMG	Trastorno mental grave
TOLPA	Taller de Orientación Laboral para Puestos administrativos
TOM	Taller de Oficios Múltiples

U

UCR	Unidades de Rehabilitación Comunitaria
URSM	Unidades de Rehabilitación de Salud Mental

1. MARCO INTRODUCTORIO:

1.1 INTRODUCCIÓN

La presente tesis doctoral pretende ser un ejercicio de análisis de una realidad que forma parte de las políticas dirigidas a las personas con discapacidad por enfermedad mental grave: las políticas de rehabilitación laboral. Este trabajo, se sitúa en la intersección entre diferentes áreas: empleo, servicios sociales y salud mental, áreas que en la mayoría de las Comunidades Autónomas supone, para el desarrollo de recursos de rehabilitación laboral para el colectivo citado, un nivel mínimo de coordinación entre, al menos, tres Consejerías bien diferentes: Sanidad, Trabajo y Asuntos sociales.

En la Comunidad de Madrid, Comunidad Autónoma donde se enmarca nuestro recurso objeto de estudio, podemos situar el inicio de los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) en las políticas de empleo, políticas que en España tienen su origen a principios de los años 80. Sin embargo, no es hasta la incorporación de España en la Unión Europea y la llegada de fondos provenientes de la misma, cuando podemos hablar de políticas de empleo a un nivel más generalizado (aterrizando en el ámbito local), con los programas de empleo financiados por el Fondo Social Europeo (FSE). De hecho, el primer CRL en la Comunidad de Madrid se crea en mayo de 1991, gracias a un programa piloto financiado mediante la iniciativa comunitaria de recursos humanos HORIZON (cuyo principal objetivo era el de mejorar las posibilidades de empleo de las personas con discapacidad). No obstante, y a falta de estudios concluyentes que lo demuestren, hemos de considerar, que la llegada de importantes recursos económicos provenientes de los fondos estructurales no siempre se ha traducido en óptimos resultados de inserción laboral. ¿Por qué esa falta de correspondencia?. Si descendemos desde el plano de la UE o internacional, al plano nacional de políticas activas de empleo del antiguo INEM (actual SEPE) y de ahí al plano regional y local (servicios regionales de empleo y agencias locales de empleo), podemos comprobar cómo se trata de instituciones que en realidad han intermediado muy poco en la creación de empleo, si lo comparamos con la cantidad de recursos económicos disponibles, desarrollando proyectos de duración muy limitada y en muchas ocasiones sin una clara conexión ni coordinación entre los diferentes recursos multinivel.

Como veremos a lo largo de este trabajo, la realidad antes descrita poco tiene que ver con la política de rehabilitación laboral seguida por la Comunidad de Madrid, caracterizada a grandes rasgos, hasta el momento, por los siguientes factores: a) una sólida financiación. b) una planificación estratégica que garantiza su continuidad. c) una coordinación entre los diferentes dispositivos de la propia red y los recursos del entorno donde se ubican, y sobre todo d) por la intermediación en la creación de empleo de un recurso que, partiendo de tasas de empleo cercanas al 80% para el colectivo de personas con enfermedad mental grave, está consiguiendo unas tasas de inserción laboral superiores al 47%.

Quizá es por eso, por lo que este recurso ha logrado sobrevivir a lo largo de estos más de 20 años, anclado más en el área de servicios sociales con un fuerte componente relacional con el área de sanidad, que en la siempre volátil área de empleo y sus políticas activas.

Hechas estas primeras anotaciones en relación a nuestro objeto de estudio, pasamos a desglosar de forma sintética la relación de los diferentes capítulos que componen esta tesis doctoral.

En este primer capítulo de marco introductorio se especifica además cual es el problema de investigación que pretendemos resolver, así como el objeto de investigación desde un planteamiento triangular inicial formado por: 1) los itinerarios de inserción laboral, desarrollados 2) para personas con enfermedad mental y 3) a través de los recursos específicos creados para este colectivo, siendo un buen exponente por ejemplo el estudio de caso de los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL).

Una vez planteado el objeto de investigación, establecemos una serie de hipótesis de partida que trataremos de validar o modificar con la ayuda de la investigación documental, cualitativa y cuantitativa.

Finalmente, en este primer capítulo introductorio establecemos cuales son los objetivos de nuestro análisis.

El capítulo segundo, expone precisamente la metodología utilizada en la propia investigación, una metodología que trata de aunar, para un mejor conocimiento de la realidad analizada, las técnicas cualitativas (como son la entrevista en profundidad y los grupos de discusión) con las técnicas cuantitativas. En ambos casos, tanto en la obtención de información cualitativa como cuantitativa, hemos de constatar la generosidad ofrecida desde un primer momento por la Coordinación Técnica de la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave de la Comunidad de Madrid, y a los directores y técnicos de los Centros de Rehabilitación Laboral estudiados, al habernos brindado la oportunidad, tanto de acceder a la totalidad de datos cuantitativos existentes (mediante las memorias de actividad), como de ofrecernos su tiempo y conocimientos para poder aplicar las técnicas cualitativas descritas.

Al final de este capítulo metodológico, se indica el cronograma seguido en la investigación, que abarca desde la elección del tema de investigación, pasando por la consulta de fuentes secundarias, contacto con los expertos, construcción de bases de datos y su análisis, selección de informantes, trabajo de campo, hasta la redacción de este documento.

En el capítulo tercero se establece el marco histórico en el que se han desarrollado los tres conceptos: a) el desarrollo de la intervención con las personas con enfermedad mental a través del planteamiento de diferentes modelos, del asistencialista al integrador e inclusivo, b) el origen y desarrollo de los itinerarios de inserción socio-laboral desde la crisis de principios de los 70 y c) El devenir de los CRL desde la creación, en mayo de 1991, del primer centro que dispensa estos servicios para las personas con enfermedad mental que presenten alguna motivación para trabajar. También en este capítulo tercero, se desarrolla el marco conceptual-teórico en el que nos basamos para entender estas tres realidades: que se entiende hoy en día por persona con discapacidad por enfermedad mental, como se han ido desarrollando los diferentes modelos de itinerarios de inserción socio-laboral hasta la actualidad y cuáles son los modelos más eficaces considerando sus resultados, y por último, qué son y para qué sirven los Centros de rehabilitación socio-laboral. Para finalizar, se da cuenta de las principales teorías sociológicas sobre el mercado de trabajo en las que se enmarca nuestro objeto de estudio: Teoría de la segmentación y teoría del mercado dual de trabajo, entre otras.

El capítulo cuarto, se adentra en el marco legislativo que examina las diferentes normas que legislan nuestro objeto de estudio y que van desde la Constitución Española de 1978, pasando por la LISMI (1982), la Ley de Igualdad de Oportunidades, no discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad (LIONDAU) de 2003, la Ley de adaptación de la LIONDAU a la Convención Internacional de Naciones Unidas (2011) sobre los derechos de las Personas con Discapacidad (PCD) o el reciente Real Decreto Legislativo por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social (2013), siendo en todos los casos nuestra principal pretensión, descubrir cómo se aborda en cada una de ellas el concepto de integración socio-laboral del colectivo y cómo determina las condiciones de nuestro objeto de estudio.

El capítulo quinto, desciende hasta las políticas y recursos llevados a cabo para con este colectivo mediante el análisis de los planes estratégicos en los niveles internacional, UE, nacional y regional. En este punto, comprobaremos los múltiples modelos existentes sostenidos por diferentes planteamientos realizados desde sus Comunidades Autónomas.

En el capítulo sexto aterrizaremos en el propio recurso de los CRL: fases, talleres, recursos humanos, resultados, etc. En este caso y como habíamos señalado, se han recabado todas las memorias de actividad de nuestro periodo (2008-2012) y se ofrecen los resultados de dicho análisis cuantitativo, pero también se ofrecen los resultados de la investigación cualitativa realizada, organizándose esta información, finalmente, con un Análisis DAFO.

En este capítulo nos surgen varias preguntas de investigación:

- ¿A través de los itinerarios de inserción socio-laboral, colectivos de muy difícil inserción como son las personas con enfermedad mental, pueden conseguir su meta?
- ¿Son determinantes las **condiciones de partida de estas personas para alcanzar el logro de la inserción** (tipo de enfermedad mental, ingresos económicos de los hogares, estado civil, experiencia laboral previa, nivel académico)?

- ¿Cuáles son las **variables que inciden de una manera más determinante en el éxito de estos itinerarios**? ¿Existe prevalencia de unas variables sobre otras?, ¿Cuáles son estas variables?.

En el último punto de este sexto capítulo, ofrecemos un análisis de algunos modelos de itinerarios de inserción sociolaboral utilizados por diferentes organizaciones con diferentes colectivos en riesgo de exclusión social.

El capítulo séptimo, analiza el impacto de la crisis económica en el colectivo, analizando cómo se comporta el empleo durante la crisis y estableciendo una comparativa entre el empleo a nivel global (población en general) y el empleo registrado en relación con este colectivo. Asimismo, se hace referencia a los distintos ajustes llevados a cabo en la mayoría de recursos de rehabilitación laboral de algunas Comunidades Autónomas, así como las respuestas que se están dando desde las distintas Administraciones Regionales a esta situación de crisis.

El capítulo octavo, se divide en dos partes. En la primera parte del capítulo, se analizan los dos modelos de intervención utilizados en rehabilitación laboral: “primero entrena y después coloca vs. primero coloca y después entrena”, modelos antagónicos utilizados por países con un régimen de Estado de Bienestar de corte conservador-familiarista el primero (como es el caso de España) y de corte liberal el segundo (Reino Unido y EE.UU.). En la segunda parte del capítulo se realiza un análisis de los 6 principios fundamentales de *Cook, JA; Razzano, L.* en la Rehabilitación Laboral para las personas con esquizofrenia, comprobando en qué medida estos principios se cumplen en los Centros de Rehabilitación Laboral de la Comunidad de Madrid.

El capítulo noveno, establece las conclusiones y recomendaciones, siendo nuestro propósito no quedarnos sólo en las conclusiones de una investigación de diagnóstico, sino poder extraer una serie de recomendaciones que traten de mejorar las políticas presentes y futuras con este colectivo y tenga capacidad de transferibilidad al conjunto de las personas con discapacidad e incluso al conjunto de las personas desempleadas en general, aunque no se encuentren en riesgo de exclusión social.

Las conclusiones se han agrupado en varios bloques: a) El primer bloque responde con datos objetivos a las hipótesis de partida planteadas en el capítulo 1.3. b) En el segundo bloque se exponen “Otras conclusiones” en relación al perfil-tipo de la población

atendida por el recurso analizado. c) El tercer bloque establece las conclusiones y propuestas del análisis del recurso en la Comunidad de Madrid. d) El cuarto bloque indica las conclusiones y propuestas del recurso en relación a otras CC.AA, como consecuencia de análisis comparado realizado en el capítulo 5.4.4. e) El quinto bloque ofrece conclusiones en relación a otros recursos y f) El sexto y último bloque, desarrolla una serie de propuestas y recomendaciones finales multinivel (ámbitos nacional y autonómico) que establecen las líneas generales de una futura política en este ámbito.

El capítulo décimo, corresponde a la bibliografía y webgrafía utilizada en la investigación.

Para finalizar, se desarrolla un último apartado de anexos (**capítulo undécimo**) que recoge distintos aspectos que acompañan, como soporte a la investigación. El primero de ellos es un Glosario de términos, el segundo apartado de anexos corresponde a las tablas de datos cuantitativos y el tercer y cuarto bloque corresponde a los guiones diseñados en las técnicas cualitativas (entrevistas en profundidad y grupos de discusión).

1.2 PROBLEMA-OBJETO DE INVESTIGACIÓN:

Tal y como se expresa en el título, el objeto de estudio de esta tesis doctoral es la inserción laboral de las personas con discapacidad por enfermedad mental a través de los itinerarios, aplicados al caso de los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) en nuestro ámbito de estudio: La Comunidad de Madrid, lugar donde se encuentra este singular recurso.

Para abordar esta triple realidad: itinerarios de inserción, personas con enfermedad mental y recursos o estructuras, como son los Centros de Rehabilitación Laboral donde se desarrollan estos itinerarios para esas personas, vamos a comenzar por entender cada una de estas tres dimensiones, de tal forma que al abordar las hipótesis de partida tengamos los suficientes resortes para desarrollar esta investigación. Para ello, es necesario no sólo encuadrar unas ideas iniciales, (ya que los conceptos de las mismas se abordarán en el apartado correspondiente a marco teórico), sino también es importante cuantificar el número de personas a quienes afecta esta enfermedad y el número de centros y características básicas de los mismos.

1.2.1 LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR ENFERMEDAD MENTAL

Para comenzar, debemos estimar la dimensión de nuestro objeto de estudio, para ello hemos consultado diferentes fuentes que ofrecen información sobre la discapacidad en general y sobre la enfermedad mental en particular.

Según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (2008) –EDAD– elaborada por el INE, en España hay 3.847.900 personas con discapacidad (El 8,24% del total de la población española), de ellos, casi 1,5 millones tienen entre 16 y 64 años y 2,2 millones tienen 65 o más años.

Del total de personas con discapacidad, 1,54 millones son varones y 2,30 millones son mujeres. En un total de 3,3 millones de hogares reside al menos una persona que afirma tener una discapacidad, lo que representa un 20% de los hogares españoles. De ellos, 608.000 son hogares unipersonales, es decir, una persona con discapacidad que vive sola.

Según el Centro de Investigación Biomédica en red de Salud Mental (Ministerio de ciencia e innovación del Gobierno de España e Instituto de Salud Carlos III), en España se considera que el 9% de la población padece en la actualidad algún tipo de trastorno relacionado con la salud mental.

Algunos datos sobre la relevancia de las enfermedades mentales en España según esta misma fuente son:

- El 9% de la población española padece en la actualidad una enfermedad mental.
- En España, se estima que entre un 19% y un 26% de la población padecerá un trastorno mental a lo largo de su vida, cifra que se incrementará considerablemente en el futuro (OMS, 2005).
- Más de la mitad de las personas que necesitan tratamiento no lo reciben y de las que están en tratamiento, un porcentaje significativo no recibe el adecuado.
- Se estima que la repercusión económica de las enfermedades mentales en España tuvo un coste total, en 1998, de 3.005 millones de euros (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006).

- Un 1% de la población desarrollará alguna forma de esquizofrenia a lo largo de su vida. En España la padecen 400.000 personas y se cree que muchas otras están sin diagnosticar (Agrupación Mundial de Psiquiatría, 2007)
- La tasa de mortalidad por suicidio ajustada para la edad y el sexo de las personas que padecen un trastorno esquizofrénico, es 9 veces mayor que la de la población general. En la depresión mayor, el riesgo de suicidio se multiplica por 21, en los trastornos de la alimentación, por 33 y en las toxicomanías, por 86.

Según el Estudio ESEMeD-España 2006 (dicho estudio es parte de un proyecto europeo sobre epidemiología de los trastornos mentales, enmarcado dentro de una iniciativa de la *World Mental Health Surveys* de la Organización Mundial de la Salud, llamada Encuestas de Salud Mental en el mundo) el 19,5% de las personas presentaron un trastorno mental en algún momento de su vida (prevalencia-vida) y un 8,4% en los últimos 12 meses (prevalencia-año).

El trastorno mental más frecuente es el episodio depresivo mayor, que tiene un 3,9% de prevalencia-año y un 10,5% de prevalencia-vida. Después del episodio depresivo mayor, los trastornos con mayor prevalencia-vida son la fobia específica, el trastorno por abuso de alcohol y la distimia. Los factores asociados a padecer un trastorno mental según perfiles son el sexo femenino, estar separado, divorciado o viudo, estar desempleado, de baja laboral o con una incapacidad.

Según los últimos datos se estima que las enfermedades mentales consumen hasta el 20% del gasto sanitario en los países desarrollados, con una previsión al alza en los próximos años (XVII Simposio de la Fundación Lilly, 2010)

Según datos de un estudio reciente publicado en 2009 sobre el impacto socioeconómico de las enfermedades mentales en España (Moreno, López Bastida, Montejo-González, Osuna-Guerrero, y Duque-González, 2009: 361-369):

- Este tipo de enfermedades mentales son la segunda causa de baja temporal y permanente en el trabajo, después de las enfermedades osteomusculares.
- Además, las enfermedades mentales son la cuarta causa de cuidados informales (prestados por personas que no son profesionales, en general

familiares), después de los accidentes cerebrovasculares, las demencias y las enfermedades osteomusculares.

- A pesar de los importantes recursos económicos y humanos destinados a la prevención y tratamiento de enfermedades mentales (visibles en las cifras del gasto sanitario estimado), el coste social “oculto” (pérdidas laborales y costes de cuidados informales) supone una carga social aún mayor.
- Según la investigación, los costes directos ocasionados por enfermedades mentales representan el 57,3% del total del coste estimado; el 42,7% restante representa la pérdida de productividad del trabajo.
- En referencia a los costes médicos directos, los gastos más significativos son las hospitalizaciones (19,1% del coste total estimado) y los medicamentos (15,6% del coste total estimado). En conjunto, los costes totales representaron en 2002 cerca del 1% del producto interior bruto (PIB) de la economía española. Aunque los trastornos más frecuentes son depresión y ansiedad, los que generan más carga económica son esquizofrenia y demencia.

Es muy importante tener en cuenta que la disponibilidad de las personas hacia el empleo, así como otras variables añadidas: autonomía, independencia, emancipación familiar, etc. es muy diferente según sea su:

- Género, las mujeres están sujetas a una doble exclusión en el caso de la discapacidad. "En términos relativos, el 17,3% de las mujeres con discapacidad se encontraba en situación de pobreza extrema, tasa que triplicaba la de la población española (6,4%) en 2008 y era sensiblemente superior a la de los varones con discapacidad (11%). El riesgo de pobreza no presenta diferencias significativas por género entre personas con discapacidad, aunque es prácticamente el doble para este grupo poblacional que para el resto de la población (51% frente a 26%)” (Huete, 2013: 29)
- Edad, la generación de los mayores de 45 años, quienes tenían 16 y más años en 1982, fecha de aprobación de la LISMI.
- Nivel académico (generalmente, como ocurre con el mercado de trabajo en general, a más nivel académico mayor tasa de empleo. Según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD)

elaborada por el INE, De los casi 3,9 millones de personas con discapacidad, 198.600 tienen estudios universitarios o equivalente finalizados, esto es, sólo un 5,16% de la población con discapacidad alcanza el nivel educativo superior. Si se analiza la población entre 6 y 64 años el porcentaje alcanza el 7,88%, siendo sólo el 0,84% en la población entre 6 y 24 años. Según esta misma fuente, el 83,83% de la población femenina con deficiencia mental (suma del conjunto de personas con enfermedad mental más las personas con discapacidad intelectual) posee estudios inferiores a educación secundaria, siendo en el caso de los varones del 72,67%.

- Actitud y cultura hacia el empleo, variable en la que juega un papel fundamental la familia y el entorno.
- Tipo y grado de discapacidad, variable que puede limitar en mayor medida que el resto la capacidad de la persona para ocupar un puesto de trabajo con unas mínimas garantías.

1.2.2 ITINERARIOS DE INSERCIÓN SOCIO-LABORAL:

Al hablar de itinerarios de inserción socio-laboral, no existe un claro consenso en relación a las fases que contienen dicho itinerario, tanto desde el ámbito de los expertos como de algunas de las entidades sociales más especializadas (por ejemplo, Fundación Tomillo y Fundació Pere Tarrés).

En este sentido, podría decirse que todos los servicios de empleo, tanto públicos, como privados: ONG, Sindicatos, Patronal, Administración pública y Universidades, hacen uso de su propio itinerario, adaptando en cada caso, y en ocasiones sin un modelo teórico claro, las diferentes fases a cada persona, sin que podamos hablar de un protocolo cerrado ni consensuado para ello. Podemos considerar, que estos pseudo-modelos adolecen en muchos casos de deficiencias metodológicas que posiblemente afecten a su resultado final.

Por ello, otra pregunta de investigación de esta tesis doctoral, que trataremos de dar respuesta en el capítulo sexto de políticas y recursos, consiste en:

Identificar las variables que provocan el buen funcionamiento (buenas prácticas) de los itinerarios de inserción sociolaboral realizados por los diferentes servicios de empleo con colectivos en riesgo de exclusión social o situación de mayor vulnerabilidad.

Delimitar nuestro objeto de estudio en las coordenadas espacio-tiempo-objeto será fundamental a la hora de poder establecer conclusiones claras que puedan ser extrapolables a otros colectivos.

En el primer caso (espacio), para sustentar ideas científicas debemos analizar el comportamiento de la realidad desde la metodología cuantitativa y cualitativa (apartado 2), para ello nos centraremos en la Comunidad de Madrid, lugar donde se ubica este recurso.

En el segundo caso (tiempo), hemos establecido un periodo bien diferenciado (2008-2012), tratando también de asomarnos al periodo anterior a la propia crisis económica (2002-2007), para intentar comprobar los efectos de esta herramienta antes y durante nuestra actual crisis económica y financiera, así como tratar de medir los efectos de la misma en el colectivo estudiado a nivel de diferentes variables: tasas de inserción, personas atendidos, capacidad presupuestaria, personal contratado, características y calidad del empleo generado, etc.....

En el tercer caso (objeto-recurso ofrecido), tal y como señalamos más adelante, existen según el Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social, múltiples colectivos afectados por la exclusión social (inmigrantes, personas con discapacidad, jóvenes, infancia, personas mayores), en todo caso nuestro objeto de estudio son los itinerarios que pudieran facilitar la inserción en el mundo laboral del colectivo de personas con enfermedad mental grave.

1.2.3 LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN LABORAL (CRL)

El recurso que ofrece la Comunidad de Madrid para este colectivo en riesgo de exclusión social, son los Centros de Rehabilitación Laboral, también llamados CRL. Desde sus orígenes, este recurso ha utilizado de forma sistemática los itinerarios de inserción sociolaboral como procedimiento de inserción laboral para el colectivo al que se dirige, estableciendo un protocolo de actuación integrado en el que todos los servicios que lo componen están articulados en un mismo espacio, dicho procedimiento está regulado escrupulosamente en el Pliego de prescripciones técnicas que regulan los contratos de servicios.

Asimismo, la existencia de otro documento técnico, a modo de Reglamento de régimen interno no deja cabida a la improvisación, explicando los procedimientos a seguir con los diferentes personas en las diferentes fases: derivación, acogida, evaluación por parte de los diferentes profesionales (psicólogo, terapeuta ocupacional, técnico de apoyo a la inserción laboral, preparador laboral y jefes de taller), plan individualizado de rehabilitación laboral (PIRL), talleres pre-laborales y participación en programas de rehabilitación, intermediación en el empleo y seguimiento laboral.

Según los últimos datos ofrecidos por la Red de Atención social a Personas con Enfermedad Mental Grave de la Comunidad de Madrid (2013), la plantilla que componen los 21 CRL, todos ellos bajo la fórmula de contrato para la prestación de servicios con diferentes instituciones, es de una media de 190 profesionales (plantilla media en 2012, siendo la plantilla habitual por centro la siguiente: Director/a (psicólogo/a), 1 psicólogo/a, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Técnico/a de Apoyo a la Integración Laboral, 1 Preparador/a Laboral, 3 Maestros/as de Taller, 1 Auxiliar Administrativo, ½ auxiliar de limpieza) quienes atienden a 1.035 personas.

1.3 HIPÓTESIS DE PARTIDA

Al analizar este recurso nos asaltan, al menos, cuatro hipótesis de partida:

- **Las altas tasas de inserción sociolaboral de los CRL** de la Comunidad de Madrid (cerca al 50% del total de personas del servicio) **son producto de la conjunción de varios factores:** la responsabilidad asumida desde el área de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, el modelo de gestión del itinerario de inserción sociolaboral, la composición del equipo de trabajo, el volumen de empleo protegido creado, la apuesta de la administración regional por este dispositivo, la fuerte vocación de servicio público, liderazgo y compromiso de los profesionales, etc.
- **Las condiciones de partida de las personas con enfermedad mental son determinantes** para alcanzar el logro de la inserción sociolaboral (estas condiciones varían según sea el tipo de enfermedad mental, los ingresos

económicos de los hogares, el estado civil, la experiencia laboral previa, el género y el nivel académico).

- El **marco estructural, determinado**, a la misma vez, **por la dualidad y por la extrema segmentación social**, derivada, también, de la dualidad y de la extrema segmentación y desregulación del mercado de trabajo, **no es un contexto favorable a la integración de las personas con discapacidad por enfermedad mental**, siendo uno de los colectivos con mayor riesgo de caer en la exclusión social. De hecho, tal y como muestran diferentes estudios (VII Informe FOESSA) los períodos de expansión económica (1997-2007) han sido una oportunidad perdida para disminuir la desigualdad y la vulnerabilidad, e integrar en el mercado de trabajo a colectivos vulnerables, como el que nos ocupa, mientras que en los períodos de crisis, como el actual, crece la distancia social y la población en situación de pobreza y exclusión social.
- **La crisis está provocando un grave impacto** en la inserción del colectivo objeto de estudio, justamente en un momento en que las personas están más expuestas a las enfermedades mentales y se precisa más atención hacia este colectivo. La crisis podría estar provocando un recorte en el número de plazas en los Centros de Rehabilitación Laboral, así como el número de profesionales que componen los equipos de trabajo, al mismo tiempo se han visto también afectadas las organizaciones implicadas en su proceso de inserción socio-laboral (empresas, sindicatos, ONGs, administraciones, universidades....) y su entorno, incluyendo familia y hábitat.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Antes de enumerar los diferentes objetivos que persigue esta investigación, el primer propósito que ha motivado nuestro trabajo es el de conocer en profundidad los elementos que conforman un recurso que ofrece unos óptimos resultados de inserción laboral, aun trabajando con un colectivo de muy difícil inserción, como son las personas con enfermedad mental, y en un contexto de crisis especialmente desfavorable.

De este modo planteamos, por un lado un gran objetivo general y varios objetivos específicos:

OBJETIVO GENERAL:

- Analizar en profundidad las políticas públicas de rehabilitación laboral para las personas con enfermedad mental, mediante el estudio de caso de los Centros de Rehabilitación Laboral en la Comunidad de Madrid.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Del objetivo general, emanan una serie de objetivos específicos que tienen el firme propósito de servir de aplicación práctica y utilidad, tanto para el propio recurso, como para otros existentes o por crear. Dichos objetivos específicos son:

- Analizar los diferentes modelos de itinerarios de inserción socio-laboral.
- Tratar de identificar las variables que posibilitan e inhiben la inserción socio-laboral de las personas con enfermedad mental atendidas en este tipo de recurso.
- Establecer un modelo compartido de análisis para los CRL que operan en la Comunidad de Madrid.
- Estudiar el impacto de la crisis económica y financiera en este y otros recursos.
- Describir la existencia de los diferentes planes estratégicos para el colectivo.
- Comparar los Centros de Rehabilitación laboral (CRL) con otros dispositivos existentes en las diferentes Comunidades Autónomas.
- Ofrecer el resultado de las conclusiones y recomendaciones como material para la toma de decisiones, de forma que se identifiquen los factores que posibilitan buenas prácticas en la rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental grave.
- Extrapolar aquellos aspectos del modelo resultante a servicios de empleo que carezcan de líneas estratégicas en su diseño.

2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La complejidad del objeto de estudio planteado, y la estrategia necesaria para alcanzar los objetivos establecidos en el apartado anterior, precisa de una perspectiva metodológica triangular, es decir, pluralista. Para ello, es necesario que dicha perspectiva metodológica adopte una combinación de distintos métodos y técnicas de investigación como son:

- El análisis documental y bibliográfico.
- Las técnicas cuantitativas.
- Las técnicas cualitativas.

A continuación, exponemos las características de los tres métodos utilizados:

2.1 METODOLOGÍA DOCUMENTAL

Las fuentes documentales consultadas en cada uno de los diferentes capítulos que componen esta investigación, han sido las siguientes:

En el primer capítulo, de marco introductorio, en cuanto a la definición del problema de investigación se ha consultado la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (2008) para identificar el número de personas con enfermedad mental, también se han consultado informes del Centro de Investigación Biomédica en red de Salud Mental (Ministerio de Ciencia e Innovación del Gobierno de España e Instituto de Salud Carlos III) para estimar el número de personas con EMG, para los análisis de prevalencia de las enfermedades mentales se ha consultado el Estudio ESEMeD-España. En cuanto al análisis de los costes de las enfermedades mentales se ha consultado el libro: "The socioeconomic costs of mental illness in Spain"

En el capítulo tercero, correspondiente al marco conceptual-teórico, se ha consultado la bibliografía relevante de aquellos autores que han escrito sobre la presencia de colectivos en riesgo de exclusión social en el mercado de trabajo (Luis Enrique Alonso,

Octavio Uña, Richard Sennett, Anthony Giddens, Gary S. Becker, Michael J. Piore y Luis Toharia, entre otros), así como sobre Estado de Bienestar (Vicenç Navarro, Gøsta Esping-Andersen, Luis Moreno o Julio Alguacil). Asimismo, se han consultado diferentes manuales incluidos en la bibliografía, como el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985), y los artículos de Manuel Desviat sobre la misma. También, ha sido consultada la Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave con el fin de identificar los diagnósticos clínicos que incluyen las enfermedades mentales. En cuanto al estudio de los itinerarios de inserción sociolaboral, se ha consultado la Revista de Formación y empleo en su número de julio de 2008, escrito por Salvá Mut. Por último, se han consultado todas las memorias de actividad escritas entre 2008 y 2012 por los 16 Centros de Rehabilitación Laboral analizados.

El capítulo cuarto, (marco legislativo) se han estudiado a fondo las diferentes normas que legislan nuestro objeto de estudio, y que han sido señaladas ya en la introducción, a saber: Constitución Española de 1978, LISMI (1982), Ley de Igualdad de Oportunidades, no discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad (2003), Ley de adaptación de la LIONDAU a la Convención Internacional de Naciones Unidas (2011) sobre los derechos de las Personas con Discapacidad (PCD) y Real Decreto Legislativo por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social (2013).

El capítulo quinto, referido a las políticas y recursos llevados a cabo para con este colectivo, se han analizado los planes estratégicos en los niveles internacional, UE, nacional y regional. Dichos Planes son: Plan de Acción integral sobre salud mental (2013-2020) de la OMS, Estrategias globales de acción para el empleo España y UE (2012-2020). Estrategia Nacional de Salud Mental (2009-2013) y el FSE (2007-2013), Planes Nacionales de Acción para la Inclusión del Reino de España (2001-2010), Plan Nacional de Inclusión Social del Reino de España (2013-2016), III Plan de Acción para Personas con Discapacidad (2012-2015), III Plan de Acción para Personas con Discapacidad de la Comunidad de Madrid (2012-2015) y Plan estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid (2010-2014). En el apartado de análisis comparado

de este recurso con otras Comunidades Autónomas, se han consultado múltiples memorias de actividad y páginas web de muy diversas entidades, así como estudios comparados del Observatorio de Rehabilitación Psicosocial de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial.

Por último, en este análisis comparado se han consultado también los siguientes Planes estratégicos:

- Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012
- Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental de la C.A. de Aragón
- Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2011-2016
- III Plan de Salud de Canarias (2010-2015)
- Plan de Salud (2013-2018). Estrategia de Salud Mental de Cantabria
- Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2005-2010
- Estrategia Regional en Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en Castilla y León (2003-2007)
- Plan Integral de Atención a las Personas con trastornos mentales y adicciones de Cataluña
- Plan Integral de Salud Mental de Extremadura (2007-2012)
- Plan Estratégico de Salud Mental de Galicia 2006-2011
- Estrategia de Salud Mental de las Illes Balears 2006
- Plan de Salud Mental de La Rioja 2010-2015
- Plan estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid (2010-2014)
- Plan de Salud Mental de la Región de Murcia (2010-2013)
- Plan estratégico de Salud Mental de Navarra (2012-2016)
- Estrategia en Salud Mental de la C. A. País Vasco 2010
- Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana 2001

En el capítulo sexto, en el cual se analiza a fondo el propio recurso de los CRL: fases, talleres, recursos humanos, resultados, etc. como habíamos señalado, se han analizado todas las Memorias de actividad de los 16 CRL que operaban en nuestro periodo de análisis (2008-2012). Asimismo, para el análisis de los diferentes modelos de itinerarios

de inserción sociolaboral, se han estudiado ocho modelos de diferentes entidades que trabajan con colectivos en riesgo de exclusión social, a saber: Fundación Tomillo, Fundación Pere Tarrés, FECLEI, Secretariado general Gitano, Red Coruña Emprega, Pro-empleo IV, FIAPAS y por supuesto el modelo aplicado en los Centros de Rehabilitación Laboral.

El capítulo séptimo, el cual analiza el impacto de la crisis económica en el colectivo, se han consultado datos cuantitativos del Instituto Nacional de Estadística (INE) y del Observatorio Regional de la Comunidad de Madrid, así como se ha estudiado el informe: “Valoración por comunidades del impacto de la crisis económica en la atención de rehabilitación psicosocial RPS” elaborado por el Observatorio de Rehabilitación Psicosocial de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial.

El capítulo octavo, se divide en dos partes. En la primera parte se analizan los dos modelos de intervención en rehabilitación laboral, “primero entrena y después coloca vs. primero coloca y después entrena”, para ello se ha consultado el Capítulo 5: Eficacia del Empleo con Apoyo para personas con Trastorno Mental Grave: un ensayo aleatorio, realizado por *Burns T, Catty J, Becker Th, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, Lauber Ch, Rössler W, Tomov T, Van Busschbach, White S, Wiersma D*.

Asimismo, en la segunda parte de este capítulo, se realiza un análisis de los principios fundamentales de la rehabilitación laboral, cuyo propósito es comprobar en qué medida el recurso estudiado garantiza los mismos, para ello se ha consultado el artículo: “Rehabilitación Laboral para personas con esquizofrenia: investigaciones recientes e implicaciones en la práctica”, de los autores Cook, JA y Razzano, L.

2.2 METODOLOGÍA CUANTITATIVA

2.2.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

La base del análisis cuantitativo ha sido el registro de casos recogido por las memorias de actividad de los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) que operan en la Comunidad de Madrid. El universo total para la realización del trabajo de campo es de 1.035 casos atendidos en los 21 Centros de Rehabilitación Laboral que operan en la actualidad en la Comunidad de Madrid (21 Centros desde octubre de 2014). Sin

embargo, nuestra investigación tiene una acotación temporal al periodo 2008-2012 (considerando cinco ejercicios suficientes para poder ofrecer datos empíricos basados en la evidencia con un cierto recorrido), por lo que quedan fuera 5 del total de 21 centros que componen la red.

Para el diseño de la investigación cuantitativa, se han realizado reuniones periódicas con los diferentes equipos, presentando en primer lugar el cometido fundamental de esta tesis doctoral al Coordinador técnico de dicho recurso, quien ha autorizado para la consulta de datos cuantitativos, así como su compromiso para el acceso a otro tipo de información cualitativa.

La obtención de las memorias de actividad con las que hemos recogido los datos cuantitativos, se produjo en junio de 2013. Durante los meses de julio a octubre de 2013 se construyeron tres bases de datos con toda la información cuantitativa recibida:

- Base de datos sociodemográficos.
- Base de datos clínico-psiquiátricos
- Base de datos del proceso de rehabilitación laboral.

Se ha realizado un trabajo previo para armonizar las diferentes variables que componen las diferentes bases de datos, ya que no todos los centros presentan exactamente la misma explotación estadística. Se ha realizado una armonización de las categorías de respuesta y codificaciones.

Asimismo, es imperativo legal el salvaguardar toda la información analizada al amparo de la LOPD, al encontrarnos con un colectivo de nivel alto al que hay que prestar una especial protección, si bien, en ningún caso, se ofrecen datos de carácter personal, sino datos agregados contenidos en memorias que son publicadas por la propia red.

FICHA TÉCNICA CENSO:

Universo:

Según el último dato disponible (septiembre 2014), el universo está compuesto por 1.035 casos atendidos en los 21 CRL de la Comunidad de Madrid.

Dada la acotación temporal de nuestro objeto de estudio (periodo 2008-2012), se ha estudiado la realidad de 768 casos atendidos por los 16 CRL que operaban durante esos cinco años.

Muestra:

No existe muestreo ya que se va a trabajar con el total de datos de dicha realidad.

VARIABLES ANALIZADAS:

1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

- Sexo
- Edad
- Estado civil
- Personas con hijos
- Situación laboral
- Experiencia laboral
- Ingresos económicos
- Procedencia de los ingresos
- Tipo de convivencia
- Grado de minusvalía
- Nivel académico

2. VARIABLES SOBRE DATOS CLÍNICOS Y PSIQUIÁTRICOS:

- Diagnóstico principal
- Diagnóstico asociado
- Tiempo de evolución de la enfermedad
- Otras enfermedades
- Otros problemas asociados
- Hábitat – capital social.

3. VARIABLES DEL PROCESO DE REHABILITACIÓN LABORAL:

- Personas en atención (al final del año) por fases: acogida, evaluación, intervención y seguimiento (y alta).
- Áreas de evaluación de cada profesional (psicóloga, técnico de apoyo a la inserción laboral, terapeuta ocupacional, maestros de taller y preparador laboral).
- Asistencia y objetivos según taller por áreas temáticas (orientación vocacional, BAE, lecto-escritura, grupos de ocio, afrontamiento laboral, grupo familias,
- Resultados del proceso de inserción laboral.

- ANÁLISIS DE LA INSERCIÓN SEGÚN:
 - Género
 - Tipo de empresa.
 - Sector económico
 - Tipo de contrato
 - Tipo de jornada
 - Tipo de empleo (ordinario o protegido)
 - Ocupaciones desempeñadas
 - Formación para el empleo
 - Grado de satisfacción (encuesta)

2.3 METODOLOGÍA CUALITATIVA

2.3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

En la explotación de datos cualitativos hemos seleccionado las siguientes técnicas: entrevistas en profundidad y grupos de discusión, aplicando a la información obtenida mediante estas dos técnicas un Análisis DAFO.

Entrevistas en profundidad

En el caso de las **entrevistas en profundidad** se ha buscado un discurso cualificado sobre el objeto y objetivos de la investigación, para lo que se han seleccionado a una serie de expertos en la materia:

- En primer lugar a *Carlos Fuentes* (Técnico de Apoyo a la Inserción Laboral de Fundación Manantial hasta diciembre de 2013) como experto en la materia, persona que nos ayudó a identificar el problema de investigación.
- En segundo lugar y por partida doble a *Abelardo Rodríguez*, Coordinador técnico del recurso en la Comunidad de Madrid desde su origen, y máximo defensor y exponente de los CRL en la región. A Abelardo se le han realizado dos entrevistas en profundidad, una al inicio del trabajo de campo y otra para comentar los resultados cuantitativos de la investigación y poder diseñar la investigación cualitativa. No obstante, se han realizado numerosos contactos con dicho coordinador para la planificación del trabajo de campo (grupos de discusión y entrevistas en profundidad, así como obtención de las memorias para el análisis de datos cuantitativos).
- En tercer lugar a *Virginia Galilea* y *José Augusto Colís* (Directores el CRL Nueva Vida). Personas que pusieron en marcha el primer Centro de Rehabilitación laboral en la Comunidad de Madrid en mayo de 1991 (denominado CRL Nueva Vida ubicado en el Barrio de Ventas).
- En cuarto lugar a *Luis María López-Aranguren* (Director de Formación y Empleo de la Fundación Tomillo) como experto en el campo de los itinerarios de inserción sociolaboral, con una larga trayectoria profesional y docente.
- En quinto lugar a *Sergio González* (Responsable de empleo de FAISEM) como experto en la materia y máximo exponente del modelo desarrollado en Andalucía.

Por lo tanto, se han realizado 6 entrevistas en profundidad.

El calendario de las mismas ha sido:

Noviembre 2013:

Carlos Fuentes

Diciembre 2013:

Primera entrevista a Abelardo Rodríguez

Septiembre 2014:

Segunda entrevista a Abelardo Rodríguez

Octubre 2014:

Virginia Galilea y José Augusto Colís

Luis María López-Aranguren

Noviembre 2014:

Sergio González

Grupos de discusión

Nuestro principal cometido es el conocimiento de la realidad en una triple dirección: las personas atendidas, sus familias y los equipos profesionales que les atienden. Consideramos que la técnica del grupo de discusión es especialmente recomendable en los dos primeros casos (personas y familias) y ha sido complementaria y muy enriquecedora de la información de los expertos a través de las entrevistas en profundidad en el tercer caso (equipos de profesionales).

En este sentido, se han diseñado 6 **grupos de discusión**, compuestos por entre 7-9 personas (a excepción del grupo de familiares al que acudieron 6 personas). Todos los grupos de discusión se han realizado durante el mes de octubre de 2014.

La relación de grupos es la siguiente:

GRUPO 1:

8 personas del recurso que trabajan: Realizado el 05/11/2014 en CRL Getafe

GRUPO 2:

8 personas del recurso que no trabajan: Realizado el 30/10/2014 en CRL Alcorcón

GRUPO 3:

6 familiares de las personas del recurso: Realizado el 31/10/2014 en CRL Alcorcón

GRUPO 4:

8 profesionales miembros del equipo CRL de Getafe

GRUPO 5:

8 TAIL (Grupo I): Realizado el 24/10/2014 en CRL Leganés

7 TAIL (Grupo II): Realizado el 24/10/2014 en CRL Leganés

GRUPO 6:

8 directores de los centros analizados: 17/10/2014 (CRL Leganés)

En el apartado de anexos figuran los guiones de la investigación cualitativa (entrevistas en profundidad y grupos de discusión).

Análisis DAFO

Toda la información cualitativa se ha resumido en una matriz DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades). De hecho, los guiones de las entrevistas en profundidad y los grupos de discusión, se diseñaron con interrogantes dispuestos para organizar la información obtenida desde una perspectiva DAFO, con la finalidad de identificar los aspectos positivos y negativos del modelo de intervención de este recurso.

CRONOGRAMA DE INVESTIGACIÓN

Una vez enumeradas las técnicas de investigación utilizadas, en la página siguiente se establece cual ha sido el cronograma seguido en esta investigación en los años 2013 y 2014.

Las fases han seguido el siguiente itinerario:

- Lo primero ha sido la elección de tema de investigación,
- Una vez se ha decidido cuál va a ser el objeto de estudio se realizó la propuesta final ante el director de tesis, Don Julio Alguacil.
- Posteriormente se ha realizado la consulta de fuentes secundarias (fase que en realidad nunca se cierra hasta que se da por terminada la investigación).
- Asimismo, hemos asistido, previa solicitud al responsable del recurso en la Comunidad de Madrid a reuniones con equipos de los diferentes CRL.
- A partir de los datos obtenidos en cada uno de los centros seleccionados en nuestra acotación temporal (2008-2012) se comenzaron a construir las bases de datos y a analizar la información cuantitativa.
- Una vez terminada esta, se procedió a la selección de informantes y su posterior captación,
- Pero justo antes de poner en práctica las técnicas, se ha realizado un pre-test o ensayo de las herramientas utilizadas.
- Cuando éstas han sido validadas, se ha realizado el trabajo de campo cualitativo.
- Las conclusiones obtenidas a partir de la recogida de datos cuantitativos y cualitativos se han puesto en común para validar las conclusiones del estudio y contrastar la veracidad de la información.
- Por último, se ha redactado y maquetado el informe final de esta investigación.

2.4. CRONOGRAMA DE LA INVESTIGACIÓN

FASES DE LA TESIS DOCTORAL	2013												2014											
	E	F	M	A	M	Ju	Jl	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	Ju	Jl	A	S	O	N	D
Elección de tema de investigación																								
Propuesta final ante dirección tesis																								
Consulta de fuentes secundarias																								
Asistencia a reuniones equipos CRL																								
Construcción de bases de datos																								
Trabajo de campo cuantitativo																								
Selección de informantes y captación																								
Pre-test ensayo de herramientas																								
Trabajo de campo cualitativo																								
Puesta en común conclusiones del estudio																								
Redacción del informe																								
Presentación del Informe final																								

3. MARCO CONCEPTUAL-TEÓRICO

3.1 EL MERCADO DE TRABAJO: CARACTERÍSTICAS BÁSICAS Y PRINCIPALES TEORÍAS SOCIOLÓGICAS

INTRODUCCIÓN

La inclusión en el mercado de trabajo, es el objetivo final en la mayoría de los procesos de rehabilitación laboral que llevan a cabo las personas con enfermedad mental grave, decimos en la mayoría, porque existe un pequeño porcentaje (inferior al 10%), en el que, después de meses e incluso años de duración del proceso, el propio equipo multiprofesional y la persona atendida, llegan a la conclusión de que es desaconsejable pretender insertar a esa persona en el mercado laboral por diversos factores: incapacidad para recuperar sus competencias profesionales, el desempeño de un puesto de trabajo puede empeorar su calidad de vida, la persona no encuentra la motivación suficiente para el trabajo, etc.

Debemos diferenciar entre las personas cuyo objetivo final es la inserción laboral (90% de las personas atendidas en los CRL), y aquellas personas que logran finalmente insertarse en el mercado de trabajo (casi el 50%).

Es obvio señalar que los mercados de trabajo difieren entre sí, como lo hacen también las garantías de derechos de los Estados de Bienestar donde se desarrollan estos mercados laborales, de modo que un buen o mal funcionamiento del mercado de trabajo tiene importantes efectos sobre el Estado de Bienestar, como hemos dicho, difiriendo sustancialmente de unas Comunidades Autónomas a otras, de unos países a otros.

Como veremos más adelante, existen diferentes modelos de Estado de Bienestar, y las características básicas de esos modelos, guardan una estrecha relación con los mercados de trabajo donde se desarrollan. Así, los mercados de trabajo de Suecia, Alemania, Gran Bretaña o España presentan importantes diferencias, como también lo hace su Estado de Bienestar y la calidad de los servicios que presta. En buena medida, la interrelación entre las variables: Estado, familia y negociación colectiva explican unos y otros modelos, y configuran los diferentes mercados de trabajo como pilar fundamental del propio Estado de Bienestar.

Como decimos, el funcionamiento del mercado de trabajo influye de manera directa en los pilares sobre los que se asientan los Estados de Bienestar: la educación, la sanidad, las pensiones y el amplio sector de servicios sociales y atención a la dependencia. Todos estos pilares se sostienen mediante el mercado de trabajo, que es quien garantiza la viabilidad del sistema, constituyéndose como el elemento fundamental del mismo.

En el caso español, nuestro mercado de trabajo está muy fragmentado, afectando de manera diferenciada según los atributos de las personas, así el desempleo no afecta por igual a mujeres que a hombres, ni a personas jóvenes o mayores de 45 años que a las edades intermedias, tampoco afecta por igual a personas con nivel académico bajo que a quienes poseen estudios superiores o medios, tampoco padecen el mismo grado de desempleo quienes presentan algún riesgo de exclusión social debido a una discapacidad respecto de quienes no. En algunas Comunidades Autónomas el desempleo afecta a su población en mayor medida que en otras, en algunos casos con tasas de paro superiores al 33% de su población activa, como ocurre en Andalucía y Canarias (EPA, III Trimestre 2014).

Esta fragmentación del mercado de trabajo, influye de manera directa en la calidad del Estado de Bienestar. Así, según Eurostat, España en 2007 presentaba una tasa de desempleo del 8,3% (inferior a la de Alemania y Francia, con un 8,7% y un 8,4% respectivamente) mientras que en 2013, ascendía al 26,3% de la población activa. En el segundo caso, los recortes en el Estado del Bienestar provocados por un mal funcionamiento del mercado de trabajo, han hecho que veamos descender no solo la cantidad y calidad del empleo, sino también la calidad de los servicios en educación, sanidad, servicios sociales y dependencia, debido a los recortes y ajustes emprendidos para enfrentar la situación de crisis.

De modo que el mercado de trabajo, como principal motor del EB, puede comprometer algunos pilares o la totalidad del Estado de Bienestar. Por eso se hace necesario conocer y actuar sobre algunos de sus ejes fundamentales: las características de su mano de obra (sociodemográficas y socioeconómicas), las relaciones de trabajo (negociación colectiva entre sindicatos, empresarios y Administración Pública) y su sistema productivo (capital-trabajo, tipología de empresas, etc.) (Álvarez, 1996: 32-34).

Si nos detenemos en estos tres ejes, podemos comprobar las deficiencias que nuestro mercado laboral presenta en cada una de ellos:

- En primer lugar, en el caso de las características sociodemográficas y socioeconómicas de su mano de obra, España presenta una mano de obra en la que la media de edad está por encima de los 40 años (se estima que será de 48 años en el año 2020, según el IV encuentro Universidades-Centros tecnológicos-Empresas, organizado por el Gobierno de Navarra en 2011), a lo que debemos añadir que se trata de un mercado que está limitando la entrada de un contingente de trabajadores jóvenes bien formados. También presentan dificultades de inserción las mujeres y algunos colectivos en riesgo de exclusión (como es el caso de las personas con enfermedad mental grave).
- En cuanto a las relaciones de trabajo, éstas están marcadas por un mercado en continua desregulación (prueba de ello es el Real Decreto-Ley 4/2013 de 22 de febrero, de medidas de apoyo al emprendedor y de estímulo del crecimiento y de la creación de empleo), con escasa afiliación de los trabajadores a los sindicatos, largas jornadas de trabajo y reparto desigual de los salarios. En suma, estamos asistiendo a un retroceso de nuestros derechos laborales.
- El cuanto a nuestro sistema productivo, no existe un liderazgo estratégico que identifique los sectores productivos que van a emerger en el futuro, y por el que apostar tanto en la inversión pública como en las políticas formativas.

Aparte de las deficiencias identificadas en algunos de los ejes más importantes de nuestro mercado de trabajo (que como hemos dicho, es el pilar fundamental y motor de nuestro Estado de Bienestar), consideramos además que el Estado de Bienestar debería incorporar una función de control y no sólo dedicarse a su encomendada función de mantenimiento del mismo, de modo que se racionalicen sus recursos. Asimismo, los diferentes agentes que intervienen (administración, sindicatos y patronal) deben trabajar

en pos de una legislación laboral que facilite una regulación de las relaciones laborales que sean inclusivas. Por último, ahora más que nunca, se debería potenciar también el emprendimiento, de tal forma que se cambie de mentalidad hacia la iniciativa empresarial y no sólo hacia el trabajo por cuenta ajena (Herrador, 2001:69).

Además de lo mencionado anteriormente, se hace necesario actuar sobre otros aspectos del mismo no menos importantes: el equilibrio entre oferta y demanda, el sistema de formación profesional (que engloba la formación reglada, la formación continua y la formación para el empleo), así como la legislación laboral, la potenciación del sistema de protección social a través de la Seguridad Social y la lucha contra la economía sumergida. Todos ellos son elementos a tener en cuenta para el buen funcionamiento del mercado de trabajo, ya que el mantenimiento del actual Estado de Bienestar pasa por la necesaria creación de empleo (Herrador: 2001, 69).

Volviendo a los datos de desempleo comparado según algunos países de la UE, en cuanto al equilibrio entre la oferta y la demanda, tenemos un claro ejemplo en esos mismos datos. Nuestro país ha pasado de un exceso de oferta, necesitando incorporar mano de obra extranjera de forma masiva entre los años 2003 a 2010 (en 1981 la población extranjera representaba el 0,52% del total de población, en 2003 el 6,24% y en 2010 el 12,2%, a partir de este año comienza un suave descenso hasta el 11% en 2014) a tener un importante exceso de demanda que afecta a todos los rangos de edad, pero muy especialmente a los jóvenes, que con una tasa de desempleo juvenil superior al 55% (EPA III Trimestre de 2014), es la más alta de la UE.

En cuanto al sistema de formación profesional (que, como hemos señalado anteriormente, abarca tanto la formación reglada, como la formación para el empleo y la formación continua), nuestro país tiene deficiencias históricas no corregidas en este campo, al no existir interrelación entre estos tres subsistemas, como si ocurre, por ejemplo, en Alemania. El distanciamiento entre los agentes formativos y los agentes que intervienen en el mercado de trabajo aún es importante en España y es conveniente su acercamiento paulatino, y no sólo en la educación superior.

A pesar de la clara relación entre mercado de trabajo y EB, se hace particularmente complicado medir el Bienestar social de una Comunidad Autónoma o de un país.

Reducir su medición tan sólo al Producto Interior Bruto (PIB) es un enfoque demasiado simplista, que sólo tendría en cuenta el aspecto del crecimiento económico y no del desarrollo social. Al hablar de EB nos referimos también a la calidad de vida (que no deja de ser un término vago en el que aparecen conceptos puramente subjetivos muy difíciles de medir), así como a otros indicadores sociales.

Hecha esta introducción, en este capítulo, analizaremos en primer lugar los diferentes modelos de Estados de Bienestar y sus características básicas (donde tienen cabida los mercados de trabajo), centrándonos en el caso español, para posteriormente analizar las teorías que tratan sobre el acceso de las personas al mercado de trabajo.

Siendo el objeto de estudio de esta investigación, la inserción sociolaboral de las personas con enfermedad mental grave y duradera, clasificadas como uno de estos colectivos en riesgo de exclusión social, en el capítulo 6.3.2 abundaremos sobre las características básicas del empleo intermediado por los CRL, aunque tratamos de llevar a cabo un acercamiento a muchos de sus elementos, no estamos en condiciones de poder evaluar en toda su plenitud la calidad de dicho empleo. Sería motivo de una profunda investigación cuantitativa identificar los factores de éxito, también denominados predictores, y continuar de esta forma algunas investigaciones ya iniciadas en este campo.

CONCEPTO, BREVE DESARROLLO HISTÓRICO Y MODELOS DE ESTADO DE BIENESTAR

Comenzaremos por hacer un breve acercamiento al Estado de Bienestar, en cuanto al concepto, su desarrollo histórico y los diferentes modelos existentes:

Si bien existen multitud de definiciones sobre Estado de Bienestar, consideramos pertinente referirnos a la de uno de los mayores expertos sobre este tema en nuestro país, Vicenç Navarro. Para este Catedrático de Ciencias Políticas y Sociales en la Universidad Pompeu Fabra, Estado de Bienestar significa: *“aquellas intervenciones del*

Estado (tanto en el nivel central como en los niveles autonómico y local) dirigidas a mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población” (Navarro, 2004: 10.)

Tal y como titula un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en diciembre de 2013, la salud mental es un estado de bienestar. También en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946 se define salud como: *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*. Una de las actividades que posibilita la salud mental es la de poder trabajar de forma productiva en la sociedad.

Según el artículo 35.1 de la Constitución Española: *“Todos los españoles tienen el deber de trabajar y el derecho al trabajo, a la libre elección de profesión u oficio, a la promoción a través del trabajo y a una remuneración suficiente para satisfacer sus necesidades y las de su familia, sin que en ningún caso pueda hacerse discriminación por razón de sexo”*, quizá en este punto sea también necesario añadir: por razón de discapacidad, así como de otras muchas variables que provocan riesgo de exclusión social en nuestro país.

Un breve desarrollo histórico nos indica que, si bien se trata de un proceso que arranca en 1883 en la Alemania de Otto Von Bismarck, la expresión “Estado de Bienestar” apareció por primera vez en el Reino Unido en el año 1942, en un documento denominado *Informe Beveridge*. Según este informe, todo ciudadano en edad laboral debe pagar unos impuestos, con ellos se podrá hacer frente a una serie de prestaciones en caso de enfermedad, desempleo, jubilación y otras. Para William Beveridge, autor de este informe, ese sistema permitirá asegurar un nivel de vida mínimo por debajo del cual nadie debe caer.

Pero la llegada del EB es la culminación de tres procesos:

- Del Estado asistencial: más propio de la beneficencia, la persona necesitada tenía derecho a las prestaciones cuando se demostraba su indigencia. Generalmente era la Iglesia quien otorgaba estas ayudas.

- Pasando por el Estado providencia: basado en seguros contributivos y obligatorios.
- Hasta el Estado de Bienestar: quien provee de seguridad social no solo a quienes contribuyen, sino a todos los ciudadanos con carácter universal.

Volviendo a Vicenç Navarro, para este autor existen tres pilares en el Estado del Bienestar (sanidad, educación y pensiones) al que hay que añadir un cuarto pilar: el de atención a la dependencia. Es en este cuarto pilar donde podríamos encuadrar nuestro objeto de estudio: la rehabilitación laboral para personas con enfermedad mental grave y duradera. Aunque, como señalamos en la introducción (capítulo 1.1) la rehabilitación laboral guarda una estrecha conexión entre los servicios sociales y las áreas de sanidad y empleo, si a eso unimos que un elemento central de este recurso es la formación para el empleo de las personas atendidas a través de programas y talleres, podríamos afirmar que los CRL abarcan todos los pilares del Estado de Bienestar.

En cuanto a los modelos existentes en los diferentes tipos de Estado del bienestar, el conocido trabajo de Gøsta Esping-Andersen *The Three Worlds of Welfare Capitalism* (1990) diferencia tres modelos:

- *Modelo liberal anglosajón*: caracterizado por una mínima actuación estatal, basada en la asistencia social como último recurso. Las personas son autosuficientes y se tiene una fe ilimitada en la soberanía del mercado.
- *Modelo conservador o continental*: guiado por el principio de subsidiariedad, es decir, en el que el Estado interviene cuando fallan las instituciones más próximas al individuo, como es la familia.
- *Modelo socialdemócrata o nórdico*: que destaca por la universalidad de las prestaciones sociales.

Los criterios que Esping-Andersen utiliza como elementos básicos de diferenciación son:

- a) La interacción entre las instituciones **mercado y el Estado** como mecanismos de producción de bienestar (provisión de servicios de bienestar) provoca diversas combinaciones, que, a su vez, dan lugar a las diversas peculiaridades existentes entre los diversos países.
- b) Los regímenes de bienestar se diferencian entre ellos por la intensidad variable de **desmercantilización** (entendida como reducción de la dependencia que el individuo tiene del mercado). El grado de desmercantilización se mide por las condiciones de acceso a la cobertura, por el tiempo máximo de disfrutar de la misma, por la extensión que la cobertura tiene.
- c) Las consecuencias que la intervención del Estado produce en la **estructuración del orden social**. La intervención del estado a través de políticas tan diversas como han sido históricamente la *Poor Law*, las propuestas de seguridad social de Bismarck o los programas universalistas de Beveridge, han tenido intencionalidades diferentes y han provocado resultados distintos.

Una de las críticas más certeras a este documento, es que la cuestión de género no ha sido abordada, así como las referencias a la institución familiar (Miller: 2004, 5). A pesar de las diferentes propuestas realizadas por varios autores que han estudiado a fondo el Estado de Bienestar en el sur de Europa (Moreno: 2001), el propio Esping-Andersen nunca llegó a considerar este cuarto modelo.

En todo caso, a estos tres modelos hay que añadir un cuarto, considerado una variante del modelo continental o conservador:

- *Modelo mediterráneo*: representa un modelo mixto entre el modelo liberal y el continental, la asistencia social es escasa, desviándose ésta hacia la familia. Si bien, se ha producido una gran expansión de la asistencia social y los servicios sociales, que se manifiesta en una dualización entre quienes están dentro del mercado de trabajo y quienes se encuentran excluidos del mismo (Moreno: 2001, 79)

España se encuadra en este último modelo, es decir, en aquel modelo en que la eficiencia y la equidad es la más baja de los cuatro modelos expuestos.

Para el sociólogo e investigador del CSIC, Luis Moreno:

“La Europa del bienestar meridional puede ser calificada como una «vía media» u opción intermedia entre los regímenes «bismarckianos», de mantenimiento de rentas ocupacionales, y los «beveridgeanos», de cobertura universalística”

(Moreno: 2001, 70)

De hecho, en nuestro país se han emprendido reformas en los ámbitos del Estado del bienestar con una clara tendencia a universalizar los derechos, varios ejemplos son: la Ley de pensiones no contributivas de 1990, así como la cobertura para las pensiones de vejez y de invalidez, o la Ley General de la Sanidad de 1986 (Moreno: 2001, 75).

Los otros tres modelos presentan las siguientes características básicas:

El modelo nórdico es considerado el modelo en el que la eficiencia y la equidad alcanzan el mayor grado. Es propio de países como: Dinamarca, Noruega, Islandia, Finlandia, Suecia y Países Bajos.

El modelo continental se caracteriza por una elevada equidad pero baja eficiencia, pertenece a: Austria, Bélgica, Francia, Alemania y Luxemburgo.

El modelo anglosajón por el contrario, posee baja equidad pero elevada eficiencia. Es aplicado en países como Gran Bretaña e Irlanda.

Por último, otros países donde se desarrolla el modelo mediterráneo son: Portugal, Grecia e Italia.

Volviendo al caso de nuestro país, que como se ha indicado, se corresponde con el modelo mediterráneo, podemos situar el origen del Estado de Bienestar en 1963, con la aprobación de la Ley General de Seguridad Social, aunque comienza a desarrollarse a partir de la década de los 70.

Como hemos señalado anteriormente, nuestro modelo combina un gran gasto en pensiones con una escasa inversión en asistencia social, otorgando un protagonismo central, en la provisión de bienestar, a la familia. En este punto, encontramos una importante contradicción, ya que si bien la familia es una institución de capital importancia en el Estado de Bienestar español, ésta debería participar en la misma medida en los procesos de inclusión social (un ejemplo de estos procesos podría ser, sin duda, el de rehabilitación laboral de las personas con enfermedad mental grave y duradera, en el que la familia si es tenida en cuenta, no siendo, por desgracia, la tónica general), sin embargo, el protagonismo otorgado a la familia no se corresponde con la atención a su protección y a su promoción.

De modo que estamos ante un agente económico con poca capacidad estratégica que no puede intervenir en la misma medida como agente de inclusión.

Esta idea es corroborada por Julio Alguacil:

“Aunque la vocación familista, coloca a la familia como proveedor de bienestar en el centro de la sociedad, tanto en términos ideológicos como en su acción, el Estado se ve obligado a ir incorporando algunas políticas sociales, suficientes para permitir la reproducción de la fuerza de trabajo que requiere el proceso modernizador español. Una suerte de combinación de políticas contributivas (fundamentalmente por parte de los asalariados) y universales con pocos recursos, que favorecían de manera simultánea la ampliación de la mercantilización y el mantenimiento de la solidaridad familiar, y que recaía fundamentalmente en las mujeres”

(Alguacil: 2012, 68-69)

De mismo modo, Luis Moreno también considera el papel fundamental de la familia en general, y de la mujer en particular, en el modelo mediterráneo:

“El Estado de bienestar meridional descansa en gran medida en el papel desempeñado por la familia en la procura de satisfacción vital (well-being) y bienestar (welfare) para sus miembros. (...). Todo ello conforma una visión social en la que las estrategias familiares prevalecen en las formas de intercambio social entre los ciudadanos. Es precisamente en el seno del microcosmos de solidaridad familiar donde el rol de la mujer ha sido —y continúa siendo— determinante en el desarrollo de las políticas de bienestar”

(Moreno: 2001, 73)

Como dijimos, si bien el Estado de Bienestar no comienza a desarrollarse en nuestro país hasta los años setenta, garantizando la protección social de derechos universales como son la educación y la sanidad, las políticas de empleo no lo harán hasta mediados de los ochenta, y las políticas de rehabilitación laboral no lo harán hasta los noventa. Como vemos, se produce un desfase en el tiempo, al no contemplar las políticas de empleo de los años ochenta, actuaciones específicas que se demostraran eficaces en favor de los colectivos en riesgo de exclusión social.

Aunque el primer recurso de rehabilitación laboral en la Comunidad de Madrid proviene de un programa experimental financiado por el Fondo Social Europeo (FSE) a través de las políticas de empleo, hoy en día su financiación proviene (desde este ejercicio 2014 se ha recuperado la cofinanciación con el FSE) del área de los Servicios Sociales, que como hemos señalado anteriormente, en nuestro modelo de Estado de Bienestar, se caracteriza por una escasa inversión. Esa escasa inversión se está viendo agravada, en este largo periodo de crisis económica, con recortes añadidos, como veremos en el análisis comparativo entre varias CC.AA, realizado en el capítulo 7 de esta tesis doctoral.

Para entender la relación entre Estado de Bienestar y Mercado de Trabajo, el propio Esping-Andersen ya estableció una fuerte interrelación entre ambas dimensiones. Por ejemplo, para este autor, el modelo socialdemócrata siempre ha tratado de optimizar la capacidad de trabajo de la población, al suministrar servicios sociales que proporcionaba más de la cuarta parte del empleo total, permitiendo, a su vez, armonizar la vida de trabajo y la familia. Un intento de llevar a la práctica esta alternativa en nuestro país, sin éxito, fue la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Este modelo, ha dado siempre prioridad a la consecución del pleno empleo y a la actividad (en el caso de estos países las tasas de actividad femeninas son del 80%, siendo en España del 53,35% según la EPA III Trimestre 2014). Por el contrario, el modelo conservador ha tendido a combatir el desempleo ofreciendo justamente lo contrario: proteger la salida del mercado de trabajo a través de las prejubilaciones o la prolongación del seguro de desempleo. Por último, el modelo liberal ha apelado a salarios de equilibrio capaces de vaciar un mercado, cada vez más desregulado (Espina: 2002, 7).

Pero, para entender la relación entre Estado de Bienestar y Mercado de Trabajo también es preciso considerar los trabajos de Luis Enrique Alonso. Para este autor, si ligamos los conceptos trabajo y Estado de Bienestar, el trabajo sólo se puede entender en un contexto histórico, desde la madurez de las reformas sociales, siendo el Estado del Bienestar el regulador universal en este proceso (Alonso, 2004: 22).

El sólido Estado de Bienestar ha dado paso a formas de integración de todos los colectivos mucho más débiles que antaño (Alonso, 2004: 26). El mercado de trabajo ha pasado de la rigidez fordista a una flexibilización que trae como consecuencia una constante valoración de las competencias profesionales y una rápida adaptación a los cambios (Alonso, 2004: 28), cuestiones que precisamente se hacen más difíciles aún en el caso de las personas con enfermedad mental, quienes tienen que competir en el actual mercado, caracterizado por un exceso de demanda.

Esos continuos cambios se están produciendo, tal y como señala Octavio Uña, desde la salida de la crisis de los años 70, cambios que se producen en la situación económica, unidos a cambios tecnológicos coronados por la globalización. La globalización nos afecta de forma personal y directa: *“todos los seres humanos perciben, hasta los menos suspicaces, que este mundo complejo cada vez está más conectado, que ~~todo~~ tiene relación”* y *que lo lejano ya no lo es tanto*” (Uña, 2008).

Por tanto, un rasgo fundamental del mercado de trabajo en la era postfordista es una inestabilidad que produce continuos cambios de puesto de trabajo, esos cambios arrojan determinados riesgos para aquellas personas que presentan dificultades de adaptación: desempleo, exclusión social, etc. (Alonso, 2004: 29).

Richard Sennett en *“La corrosión del carácter”* hace hincapié en que los trabajadores se enfrentan a un mercado laboral flexible, a empresas muy dinámicas que vulneran la seguridad laboral de sus trabajadores, y a un proceso de globalización que exige de los mismos una gran movilidad geográfica. En este escenario tienen cabida la innovación y los proyectos a corto plazo.

El principal problema es que nuestra sociedad occidental *en la que «somos lo que hacemos»* y *el trabajo siempre ha sido considerado un factor fundamental para la formación del carácter* (Sennett, 1998), a pesar de propiciar una economía más

dinámica, puede afectarnos profundamente, al atacar las nociones de permanencia, confianza en los demás, integridad y compromiso, que hacían que hasta el trabajo más rutinario fuera un elemento organizador fundamental en la vida de los individuos y, por consiguiente, en su inserción en la comunidad.

El gran problema que presenta nuestro colectivo objeto de estudio es la adaptación a esos cambios, a lo que hay que añadir que, en la actualidad, estamos asistiendo a una: *“multiplicación de las franjas débiles en los mercados de trabajo, en la que muchos sujetos dibujan una trayectoria de difícil salida de la temporalidad e inseguridad; lo nuevo es que esta temporalidad queda instituida como un destino ineluctable hacia los malos empleos de todo el sector servicios”* (Alonso, 2010: 131). De hecho, como veremos en el capítulo 6.3.2, casi el 70% de los contratos intermediados por los CRL son temporales.

De modo que, la adaptación a los cambios producidos por la globalización y la temporalidad, son dos factores que podemos identificar como inhibidores de la inserción sociolaboral de las personas con enfermedad mental grave y duradera.

No obstante, a pesar de la temporalidad y la precariedad laboral, debemos entender que:

“En las sociedades modernas el tener un trabajo es importante para mantener la autoestima. Incluso cuando las condiciones de trabajo son relativamente desagradables, y las tareas que comporta monótonas, el trabajo acostumbra a ser un elemento estructurador de la condición psicológica de los individuos y del ciclo de sus actividades cotidianas”

(Giddens, 1989: 539).

Además,

“La exclusión social y laboral se ha convertido en uno de los peligros centrales de las sociedades actuales”

(Alonso, 2010: 132).

Adquiriendo un carácter estructural dentro del sistema:

—La inseguridad permanente, exclusión, flexibilización, precarización, etc., no son fenómenos coyunturales, corresponden a una nueva etapa de la sociedad industrial que por contraposición al periodo anterior, de integración y regulación, se caracteriza por la exclusión y la vulnerabilidad como estilo de vida en las franjas más bajas de la estructura social, y por la promoción y la movilidad permanente en los colectivos más altos y triunfantes”

(Alonso, 2010: 133).

Para entender mejor el comportamiento del mercado de trabajo, es preciso estudiar cuales son las teorías sociológicas que lo explican:

TEORÍAS SOBRE EL MERCADO DE TRABAJO

Si consideramos las teorías sobre el mercado de trabajo en relación con la desigualdad, la mayoría de los autores identifican al menos tres teorías que explican cómo se comporta dicho mercado, lo que nos ayudará a entender las condiciones de acceso al mercado de trabajo por parte de los colectivos vulnerables, y el valor del empleo generado por los diferentes recursos de rehabilitación laboral:

Primera teoría sobre el mercado de trabajo:

La primera de ellas es la **Teoría del capital humano** de Gary S. Becker (1930, premio Nobel de economía en 1992), según esta teoría se mantienen la mayoría de los rasgos de la **Teoría Neoclásica de la economía** (existencia de un único mercado de trabajo en el que participan las personas que buscan empleo del lado de la demanda y las empresas que buscan trabajadores del lado de la oferta, bajo una relación competitiva), con la salvedad que lo que denominamos factor trabajo no puede ser considerado como una categoría homogénea, sino que debe diferenciarse según sean las características de la mano de obra. Becker establece el concepto de capital humano para explicar esta heterogeneidad, así el nivel de cualificación alcanzado dependerá de la inversión realizada por la persona en el mismo (educación, formación en el trabajo, emigración, etc.) así como las diferencias salariales resultantes.

Para este autor, el mercado de trabajo es el conjunto de decisiones individuales sobre la inversión en capital humano. Si nos centramos en nuestro colectivo objeto de estudio, podemos comprobar como existen personas atendidas por los CRL que poseen estudios superiores (diplomaturas, licenciaturas, grados universitarios) y que en estos momentos tienen serias limitaciones para acceder al mercado de trabajo (ordinario o protegido) debido a una enfermedad mental grave, lo que les impide un nivel de funcionamiento óptimo en su puesto de trabajo.

Esta teoría diferencia entre formación general y formación específica, la primera se adquiere en el sistema educativo (y es financiada por los propios individuos), mientras que la segunda se adquiere en el mercado de trabajo (y es financiada por las empresas o por éstas con la participación del propio trabajador). En el caso de nuestro colectivo

objeto de estudio, un porcentaje importante de casos (en concreto el 44% de las personas atendidas en los CRL de la Comunidad de Madrid) poseen estudios medios o superiores (FP segundo grado, bachiller, estudios universitarios medios y estudios universitarios superiores). Las personas con enfermedad mental grave, comienzan a presentar los primeros brotes de la enfermedad en la adolescencia, en muchas ocasiones éstas personas ven limitadas gravemente sus capacidades para poder seguir con sus estudios.

Con ello queremos decir que el nivel de cualificación de las personas no es directamente proporcional a su inversión en formación, debido a las limitaciones que presenta nuestro colectivo, y que acabamos de señalar.

Segunda teoría sobre el mercado de trabajo:

Si bien, Becker supera los defectos principales de la Teoría Neoclásica (sobre todo en cuanto a identificar la heterogeneidad del capital humano en base a su cualificación para el empleo) no resuelve el problema de la concepción unitaria del mercado de trabajo, visión que si contempla las **Teorías de la segmentación laboral**. Para estas teorías, no existe un único mercado de trabajo, sino muchos mercados que limitan el acceso a su entrada mediante una serie de barreras que les diferencian de otros.

El análisis de caso de nuestro objeto de estudio (los Centros de Rehabilitación laboral de la Comunidad de Madrid), así como el de otros recursos más finalistas (como pueden ser los Centros Especiales de Empleo o Empresas Sociales), nos demuestran cómo, ante la imposibilidad de muchas de las personas atendidas, de acceder al mercado de trabajo ordinario, se crean submercados propios que se adaptan a las características de la población atendida (con mayor heterogeneidad si cabe que la población sin discapacidad).

Es importante considerar que para esta teoría, las barreras de entrada a cada uno de estos mercados se deben a variables referidas al ámbito social (género, edad, nivel académico, posición social) de modo que la segmentación que se produce en el mercado de trabajo es, a la vez, causa y consecuencia de la segmentación social.

Si volvemos a nuestro objeto de estudio, los empleos intermediados por los CRL se consiguen para personas que son atendidas en el propio recurso, por lo que hay que pertenecer al propio grupo para optar a ellos, de modo que más que una segmentación social (que también pudiera producirse), hablamos de una segmentación en la que las barreras de entrada son producidas por razón de la discapacidad padecida por la persona atendida, y esa discapacidad es la que impide su entrada en el mercado de trabajo ordinario. Para luchar contra esas barreras, trabaja el proceso de rehabilitación laboral desarrollado en este recurso, proceso que actúa como factor integrador de la persona en el mercado de trabajo, al tratar de incrementar las oportunidades de entrada en el mismo.

Pero la teoría de la segmentación laboral no sólo considera a la segmentación social como único factor de incidencia en su consolidación, sino que además existen otros factores tales como: políticas laborales de las empresas y su situación en el mercado de trabajo, la actuación colectiva de los trabajadores, la intervención del Estado, la familia y las redes sociales del individuo.

De hecho, en el proceso de rehabilitación laboral se trabaja para que la mayoría de estos factores (a excepción de la situación de mercado de las empresas) se conviertan en potenciadores de una actividad laboral que, en un principio, se resiste debido a las limitaciones iniciales de estas personas en un contexto desfavorable, de ahí que acojamos ese concepto denominado rehabilitación laboral, incorporado por la Ley de Integración Social del Minusválido (LISMI), aprobada en 1982.

Dicho trabajo realizado por el proceso de rehabilitación laboral consiste en:

- Concienciar a las empresas para que en sus políticas laborales abran el acceso a personas con enfermedad mental.
- Integrar a los trabajadores insertados laboralmente en la dinámica de relaciones con los compañeros a través de la figura del preparador laboral en el empleo con apoyo.
- Intervención estatal basada en la consolidación de toda una red de atención social para las personas con enfermedad mental grave en la Comunidad de

Madrid, así como en la redacción de normas y planes estratégicos que persiguen aumentar la calidad de vida del colectivo.

- Potenciar la relación de la persona atendida con su familia y con otras redes sociales de apoyo.

Pero no sólo podemos hablar de elementos externos o ajenos al propio individuo en las Teorías de la segmentación del mercado de trabajo, sino que también existen actitudes subjetivas que pueden provocar la segmentación. Un buen ejemplo en relación a nuestro colectivo, lo podemos encontrar al referirnos a las bajas laborales por enfermedad, pudiendo ser éste uno de los factores que potencian la segmentación en empresarios más preocupados porque la persona con enfermedad mental tome la medicación, que por las competencias profesionales que la persona posea para el buen desarrollo del puesto. Y estas actitudes subjetivas, ejercen una presión añadida en la valoración que tienen hacia sí mismas las personas, máxime en un colectivo que día a día tiene que luchar contra el autoestigma.

Por último, aparte de la Teoría del capital humano y de la Teoría de la segmentación laboral, existe una tercera teoría que explica aún con mayor claridad la realidad que padecen las personas con discapacidad por enfermedad mental grave:

Tercera teoría sobre el mercado de trabajo:

Los procesos de segmentación laboral no sólo crean desigualdades laborales, sino que en muchas ocasiones reproducen, fortalecen y potencian estas desigualdades utilizando a los colectivos en riesgo de exclusión social para flexibilizar la mano de obra y en muchos casos abaratar sus costes. Es en este caso, cuando hablamos de la **Teoría del mercado dual de trabajo** (Michael J. Piore, 1971), según esta teoría existen dos sectores bien diferenciados:

- Un sector primario, caracterizado por la estabilidad en el empleo, buenas condiciones laborales, alta remuneración, posibilidad de movilidad social y promoción interna, en suma prestigio social.
- Un sector secundario caracterizado justamente por lo contrario, mucho más flexible e inseguro, donde predominan los empleos de baja cualificación, precarización de las condiciones laborales, bajos salarios y escasas posibilidades de movilidad social y promoción interna.

Un análisis en profundidad de esta tercera teoría sobre el mercado de trabajo, es el realizado por Luis Toharia. Para este autor, los factores que producen la segmentación laboral son la tecnología, el capital humano y, sobre todo, la gestión de los recursos humanos. Otros factores como la legislación laboral y la amplia tipología de contratos de trabajo no son fenómenos tan relevantes (Hernanz y Jimeno, 2013: 143). En el caso de la gestión de los recursos humanos, y retomando las ideas de Doring y Piore (1971), Toharia identifica a la formación como uno de los factores que condiciona la segmentación entre los distintos puestos de trabajo. Así el uso abusivo de la contratación temporal, en la que se reduce la formación continua, aumenta las dificultades de acceso de los trabajadores a los mercados de trabajo primarios (Hernanz y Jimeno, 2013: 141)

Abundando en las explicaciones de Luis Toharia sobre la segmentación del mercado de trabajo español, ésta se debe más a factores relacionados con la demanda de trabajo (como puede ser la propia contratación temporal) que a las características institucionales de nuestro mercado de trabajo. El hecho de que la temporalidad aparezca en mayor medida en unos sectores (construcción, hostelería, etc.) y colectivos (los de menos cualificación) avalan su pensamiento (Hernanz y Jimeno, 2013: 144). Es decir, en el sector secundario se concentran los empleos para los colectivos en riesgo de exclusión social. En este sector quedan atrapados aquellos colectivos a los que se asigna atributos de desfavorecimiento, como el ser joven, mujer, inmigrante, pertenecer a una minoría étnica o tener problemas de salud.

Respecto a la temporalidad en el empleo analizada por Toharia, si nos fijamos en los datos de los CRL referidos a las personas a las que dicho recurso ha conseguido

intermediar para su inserción laboral, el 59,98% de estos empleos son a jornada completa, de modo que el 40,02% restante corresponde a empleos a tiempo parcial, caracterizados en muchas ocasiones por la precarización en las condiciones laborales.

Según datos de Eurostat (III Trimestre de 2010), los países más avanzados tienen mayores porcentajes de contratación a tiempo parcial, así en Alemania este dato alcanza al 26,1% de los trabajadores; en Reino Unido al 27%; en Suecia es el 25,5% y en Holanda el 48,9%. Según esta misma fuente, las menores puntuaciones se encuentran en Bulgaria y Eslovaquia; y en los países mediterráneos son más bajas que en los del centro y el norte: 14,7% en Italia, 12,8% en España. En estos momentos, el fomento del empleo a tiempo parcial se encuentra en la agenda del Gobierno como una de las alternativas para conseguir un descenso en la tasa de desempleo comentada.

Como conclusión a este capítulo, debemos entender que la sociedad postmoderna genera altas tasas de exclusión social, lo que produce segregación de algunos grupos sociales frágiles (entre los que se encuentran las personas con enfermedad mental grave y duradera), por lo que se hace más necesario que nunca comprender los procesos de exclusión social y tratar de generar nuevos empleos en algunos sectores, como pueden ser el medio ambiente y la dependencia, que nos conduzca hacia una sociedad en la que exista una mayor aceptación del trabajo cívico (Alonso, 2004: 42-43), solo así contribuiremos a que este colectivo pueda insertarse con plenas garantías en el mercado de trabajo y, por tanto, contribuya a convertirse en un nuevo motor de ese mercado, que hoy más que nunca, necesita funcionar a pleno rendimiento para el sostenimiento del Estado de Bienestar en el futuro.

3.2 LA DISCAPACIDAD Y LA ENFERMEDAD MENTAL: DESARROLLO HISTÓRICO

3.1.1 DISCAPACIDAD

El origen de la discapacidad es inherente al propio ser humano. En las siguientes líneas vamos a ilustrar un breve desarrollo histórico de la concepción que las sociedades han tenido hacia la discapacidad.

En las **sociedades primitivas**, las personas con discapacidad eran exterminadas al no poder aportar su fuerza de trabajo en igual cantidad y calidad que el resto de la población, y de este modo no contribuir a la subsistencia del grupo (Revista de las Naciones Unidas, 1956: 27).

En la **Antigua Grecia**, “Platón habla de los caricatos, que podían ser relacionados con seres mitológicos que eran enviados por los dioses para comunicar mensajes. Por su parte, Aristóteles creía en una raza de hombres pequeñitos que vivían en madrigueras de conejos en Egipto”. “En la Esparta del siglo IX a de C. las leyes de Licurgo dictaminaban que los recién nacidos débiles o deformes fueran arrojados desde lo alto del monte Taigeto” (Inzúa, 2011: 77).

En **Roma** existen actitudes variopintas, ya que por un lado se divertían con personas con deformidades y mendigaban con discapacitados para dar lástima, pero por otro lado fundaron el primer hospital del que se tiene constancia. (Aguado, 1993).

En la **Edad Media** se detiene la destrucción de estas personas (con el auge del humanismo y la moral): “En el medievo (En Europa), los hombres anormales, con sus aspecto desaliñado divertían en las cortes reales a sus amos, y en el mejor de los casos (enanos) servían como bufones del Rey, ya sea como consejeros, espías y mensajeros”. (Inzúa, 2011: 78).

Posteriormente, el **cristianismo** influyó para mejorar las condiciones de vida de estas personas a través de la constitución de cofradías para asistir a este colectivo y posteriormente, en el **siglo XVII** asilos que les otorgaban amparo y asistencia sanitaria (Inzúa, 2011: 78).

Pero “...no fue sino hasta el **siglo XVIII** cuando la sociedad comenzó gradualmente a reconocer su responsabilidad, como parte de la asistencia social organizada hacia los seres humanos física y mentalmente defectuosos” (Revista de las Naciones Unidas, 1956: 27).

“...En la resolución adoptada por la primera **Asamblea General de Naciones Unidas en 1946**, en virtud de la cual estableció el programa de servicios consultivos de

asistencia social, se mencionó de manera concreta el asunto de rehabilitación de defectuosos físicos a título de actividad que debería ser puesta al servicio de los gobiernos en la esfera de la asistencia técnica” (Ídem).

Una revisión histórica más reciente del concepto nos indica que el mismo ha sufrido múltiples cambios en las últimas cinco décadas. En los años 70 imperaba el *modelo médico-rehabilitador*, la discapacidad era un problema causado por una enfermedad, el foco de atención se centraba en las alternativas que la medicina podía ofrecer para su curación. En esos años surge en EE.UU el movimiento de vida independiente, compuesto por las propias personas con discapacidad quienes reivindicaban los mismos derechos que cualquier otra persona, este colectivo luchó contra las barreras y los estereotipos sociales, encontrando una fuerte acogida también en el Reino Unido, comenzaba a gestarse el *modelo social*. Para este modelo, las causas de la discapacidad no son individuales, sino predominantemente sociales, por lo que hay que diseñar políticas que centren su atención en la persona para que sea el centro de sus propias decisiones e inhiban a la sociedad de los efectos negativos que pudieran provocarles. En la actualidad se trata de incorporar el elemento de *globalidad* a todas las políticas, tratando que este colectivo pueda hacer una vida lo más normalizada e inclusiva posible en todas las facetas que componen la vida diaria de las personas.

3.1.2 ENFERMEDAD MENTAL

La revisión histórica del concepto nos muestra que la enfermedad mental ha sufrido una evolución, hasta hace muy pocas décadas, las personas con trastorno mental grave han sufrido un largo historial de exclusión. Desde el siglo XV hasta el siglo XVIII, la institucionalización era la respuesta global a cualquier problema de pobreza, enfermedad y/o marginación. Es así como el hospital, como institución, se constituyó como un instrumento de control social y refugio para locos, pobres, inválidos y marginados de toda índole (Rodríguez, 1997).

Posteriormente, a lo largo del siglo XIX y hasta hace pocas décadas, la atención a la EM se aisló del resto de las problemáticas sociales mencionadas, instaurándose un modelo de atención fundamentado en el internamiento del enfermo durante largos periodos de tiempo, o incluso de por vida, en instituciones psiquiátricas, más comúnmente

conocidas como manicomios, estos centros han sido denominados por el sociólogo canadiense Erving Goffman como “instituciones totales” y son definidas como:

—Lugar de residencia o trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente”

(Goffman, 1961: 13)

Las características básicas de las instituciones totales según el autor son:

1. Todas las dimensiones de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo una única autoridad.
2. Todas las etapas de la actividad cotidiana de cada miembro de la institución total se llevan a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros miembros, a los que se da el mismo trato y de los que se requiere que hagan juntos las mismas cosas.
3. Todas las actividades cotidianas están estrictamente programadas, de modo que la actividad que se realiza en un momento determinado conduce a la siguiente, y toda la secuencia de actividades se impone jerárquicamente, mediante un sistema de normas formales explícitas y un cuerpo administrativo.
4. Las diversas actividades obligatorias se integran en un único plan racional, deliberadamente creado para lograr de objetivos propios de la institución.

(Goffman, 1961: 19-20)

En estas instituciones, se practican diferentes formas de control de los individuos a través de la disciplina, como las descritas por Michel Foucault: vigilancia jerárquica, castigo disciplinario y examen, en concreto ésta última es definida como: “*una mirada normalizadora, una vigilancia que permite calificar, clasificar y castigar*” (Foucault: 1986, 189). Con el examen el individuo pasa a ser un caso, que es anotado en un sistema de registro documental, ello se convierte en un medio para controlar a la persona atendida.

Como consecuencia de los largos periodos de internamiento, en la mayoría de los casos llegaba a producirse un deterioro personal, una cronificación de la enfermedad y un

aislamiento aún mayor de la sociedad. De hecho, la atención que se ofrecía en los manicomios no tenía fundamento terapéutico y era mayoritariamente de tipo custodial, con una deficitaria atención psiquiátrica, alto grado de masificación y gran despersonalización de los problemas (Rodríguez y González, 2002).

Después de la Segunda Guerra Mundial y a lo largo de las últimas décadas, la situación fue cambiando poco a poco: el desarrollo de formas más eficaces de tratamiento farmacológico y psiquiátrico, la aparición de la intervención psicosocial, cambios políticos y culturales, movimientos y acciones de lucha a favor de los derechos humanos, etc., fueron provocando cambios políticos, técnicos y sociales que promovieron una transformación psiquiátrica profunda. Los países pioneros en el desarrollo de la Reforma Psiquiátrica, en las décadas de los años 60 y 70, fueron EEUU, Francia, Inglaterra e Italia. Fue en parte el rechazo al encierro asilar, al manicomio en sí, la urgencia de su reforma o cierre y, por tanto, la necesidad de nuevos diseños terapéuticos y la creación de recursos más eficaces, solidarios y acordes con la dignidad humana los que empujaron a la Reforma (Desviat, 2010) .

Cabe destacar que España se incorporó con retraso a este movimiento de Reforma Psiquiátrica y no fue hasta una vez finalizada la dictadura cuando empezó su proceso de transformación. Los principios que sustentan el desarrollo de la reforma psiquiátrica en el Estado se recogen de forma exhaustiva en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985). Este informe delimita los principios generales y la filosofía del proceso de transformación para sustituir el modelo de atención institucional por el comunitario, recomendando potenciar los servicios comunitarios de Salud Mental y otorgando un papel relevante a los servicios de Atención Primaria.

Dos años antes, en 1983, ya se había producido una reforma del artículo 211 del Código Civil, que dentro del Título IX sobre Incapacitación, recogía el internamiento en los centros psiquiátricos, plasmando las demandas a favor de los derechos humanos de las personas con enfermedad mental, y estableciendo la obligatoriedad de notificación a un juez en el plazo de 24 horas, si el internamiento se estaba produciendo contra la voluntad de la persona enferma.

Según Manuel Desviat (2010), la Reforma Psiquiátrica encuentra su tiempo en España cuando coincide una demanda social, una voluntad política y un grupo de técnicos preparados para llevarla a cabo:

A continuación se enumeran y se resumen algunos de los principales fundamentos sobre los cuales se sustentó el sistema de atención a la enfermedad mental en España como consecuencia de la Reforma Psiquiátrica (Menéndez Osorio, 2005):

- Integración de la Psiquiátrica y de la Salud Mental en el marco sanitario.
- Planificación basada en postulados de la Psiquiatría de sector y comunitaria.
- Concepción bio-psico-social de la enfermedad mental.
- Equipos de trabajo interdisciplinarios en Salud Mental.
- Ambulatoriedad de la base de la asistencia.
- Hospitalización psiquiátrica en hospitales generales.
- Garantía de los derechos civiles de las personas con enfermedad mental.

3.3 CONCEPTO DE DISCAPACIDAD Y ENFERMEDAD MENTAL.

Como habíamos indicado en el desarrollo del problema de investigación, el colectivo en riesgo de exclusión social diana es el de las personas con discapacidad por enfermedad mental.

Lo primero que debemos saber y ahora más en profundidad (ya que abordamos de forma somera esta cuestión en el apartado primero, problema de investigación) es qué se entiende por persona con discapacidad y por persona con discapacidad por enfermedad mental, así como cuáles son las características generales del colectivo que vamos a analizar. Ello nos dará pistas sobre las limitaciones que estas personas pueden tener a la hora de buscar empleo y, de conseguir insertarse en el mercado laboral, con garantías de hacerlo perdurable.

3.3.1 CONCEPTO DE DISCAPACIDAD:

Según la OMS, la discapacidad se entiende como el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona y los factores personales y externos que

representan las circunstancias en las que vive aquella persona. Debido a esta relación, los diferentes ambientes pueden tener efectos diversos en un individuo con una determinada condición de salud (OMS, 2001). Se trata de un concepto integral de la discapacidad que enfrenta la salud y los factores personales del individuo (capacidades de toda persona) con los factores ambientales-sociales.

Según la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con discapacidad, que modifica el artículo 1 de la Ley de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal (LIONDAU):

–Son personas con discapacidad aquellas que presenten deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás (....) Ello no obstante, a los efectos de esta Ley, tendrán la consideración de personas con discapacidad aquellas a quienes se les haya reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 por ciento. En todo caso, se considerarán que presentan una discapacidad en grado igual o superior al 33 por ciento los pensionistas de la Seguridad Social que tengan reconocida una pensión de incapacidad permanente en el grado de total, absoluta o gran invalidez, y a los pensionistas de clases pasivas que tengan reconocida una pensión de jubilación o de retiro por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad. La acreditación del grado de discapacidad se realizará en los términos establecidos reglamentariamente y tendrá validez en todo el territorio nacional”.

El artículo 1 de dicha convención, trata de 4 tipos de deficiencias (físicas, mentales, intelectuales y sensoriales), con lo que dicha convención recoge la existencia de una discapacidad de tipo mental.

CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL:

Según la OMS, la Salud Mental es un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades, puede enfrentarse a las exigencias normales de la vida y trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de contribuir a la vida de su comunidad (OMS, 2004).

Es necesario apuntar que no todas las personas que presentan una enfermedad o trastorno mental tienen una discapacidad. Para que la persona con trastorno mental sea considerada persona con discapacidad, es necesario que la enfermedad sea considerada grave, para ello dicha enfermedad debe estar asociada a tres elementos: diagnóstico clínico, duración de la enfermedad y funcionamiento psicosocial.

Diagnóstico clínico:

Los diagnósticos que abarcan la enfermedad mental, están incluidos en la “Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave” (Plan de calidad para el sistema nacional de salud del Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009). Dichos diagnósticos provienen de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (OMS, 1992).

Según esta guía, en el concepto de enfermedad mental grave se incluyen los siguientes diagnósticos clínicos¹:

- Trastornos esquizofrénicos.
- Trastornos esquizotípicos.
- Trastornos delirantes persistentes.
- Trastornos delirantes inducidos.
- Trastornos esquizoafectivos.
- Otros trastornos psicóticos de origen no orgánico.
- Trastorno bipolar.
- Episodio depresivo grave con sistemas psicóticos.
- Trastorno depresivo recurrente
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Respecto a los trastornos graves de la personalidad es práctica habitual incluir el trastorno límite.

¹ Una explicación pormenorizada de estos diagnósticos clínicos ha sido incluida en el Glosario de términos (Primer apartado del capítulo de Anexos).

Duración de la enfermedad:

En el concepto de enfermedad mental grave tiene cabida aquellas personas que además de padecer una enfermedad con los diagnósticos citados en el apartado anterior, lleven padeciendo esa enfermedad una duración prolongada en el tiempo.

Funcionamiento psicosocial:

Las personas que padecen la enfermedad mental tienen graves dificultades para atender las exigencias de la vida diaria, existiendo consenso para identificar los déficits de las personas con enfermedad mental grave (con mayor o menor afectación) en una o varias de las siguientes áreas (Blanco, 2010: 89-90):

- Autocuidados: higiene, hábitos no saludables, etc...
- Autonomía: deficiente manejo del dinero, dificultad para manejar el transporte público, dependencia económica de otros y mal desempeño laboral.
- Autocontrol: apuros para manejar situaciones de estrés, falta de competencia personal, etc..
- Relaciones interpersonales: carencia de redes sociales, inadecuado manejo de situaciones sociales, déficit en habilidades sociales.
- Ocio y tiempo libre: aislamiento, conflicto en la gestión de ocio, limitaciones para el disfrute, falta de motivación e interés.

Diferentes expertos, entre ellos Blanco de la Calle, aconsejan no delimitar el término, al existir una multitud de patologías y diagnósticos, por lo que lo ideal es hablar de cada trastorno de forma individual, ya que cada persona puede sufrir con síntomas muy diferentes.

Como indica el mismo autor (Pastor, Blanco y Navarro, 2010: 83-89), las enfermedades mentales graves conllevan alteraciones cognitivas que dificultan el proceso de la información. El deterioro en el proceso de la información es el que ocasiona un conjunto de déficits neuropsicológicos que se pueden resumir en (Ídem: 85-86):

- Percepción: Procesamiento más lento en los primeros momentos de la codificación, problemas en procesos automáticos de reconocimiento, así como una percepción global más disgregada.
- Atención: Respuesta de orientación inicial enlentecida, una amplitud de aprehensión reducida y un rendimiento pobre en tareas que demandan atención, dificultades en separar la información relevante de la irrelevante.
- Memoria: Rendimiento pobre en tareas de recuerdo, así como aquellas que requieren organización del material, aunque el rendimiento es adecuado si el material es altamente afectivo. Dificultades en la flexibilidad cognitiva y en la realización de tareas complejas.
- Pensamiento: Dificultades de abstracción (separación de lo relevante de lo irrelevante). Procesos erróneos en la secuencias de pensamientos. Errores atribucionales. Dificultades en la elección de acciones y en la monitorización de su eficacia.

El origen de los déficits cognitivos, y por tanto de las causas concretas de las enfermedades mentales graves están aún por descubrir. Sin embargo, “la OMS recuerda que los avances en neurociencia y las ciencias de la conducta han demostrado que, al igual que muchas enfermedades orgánicas, los trastornos mentales y conductuales son consecuencia de una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales” (Desviat, Pastor, Blanco y Navarro, 2010: 55). Es posible afirmar que ciertas predisposiciones genéticas interactúan con ciertas situaciones de estrés ambiental para producir estas enfermedades (modelo de vulnerabilidad).

La persona que padece la enfermedad mental grave experimenta un deterioro que se hace evidente en la “pérdida de habilidades para el adecuado desempeño de roles sociales” y “toda una cohorte de fallos en el funcionamiento psicosocial” (Desviat, Pastor, Blanco y Navarro, 2010: 88 y 83 respectivamente). Todo ello, provoca una serie de limitaciones en la “capacidad que el sujeto tiene para hacer frente a estresores ambientales que encuentra o que él mismo crea”.

Mariano Galve señala que no sabemos qué hacer con ellos por varias razones: La primera, porque no los entendemos, ya que ni siquiera las ciencias de la salud se ponen de acuerdo sobre lo que son, lo que les pasa y los remedios que podemos ofrecerles. La segunda, porque no los toleramos porque pueden alterar el ritmo de nuestra vida, se

permiten conductas peligrosas e indebidas, son una amenaza constante a nuestra mediocre seguridad. Los tenemos miedo y no nos fiamos de ellos. La tercera, porque son fácil objeto de manipulación y todo el mundo tiene derechos sobre ellos: los poderes públicos, según los intereses económicos o sociales, apoyados en la escuela psiquiátrica que más se acomoda, igual los encierran como peligrosos que les concede todos los derechos de ciudadanía (Galve, 2008: 305-331).

No debemos pasar por alto el papel de la familia en la integración socio-laboral de este colectivo. Tal y como señala el defensor del pueblo vasco:

—Tanto las familias, especialmente las mujeres, que son las cuidadoras principales, como las asociaciones, ayudan a la satisfacción de las necesidades básicas de estas personas. Resulta imprescindible, pues, que reciban el debido apoyo de las instituciones con programas y servicios de respiro, asistencia domiciliaria, ayudas económicas, etc.

No olvidemos que, a menudo, se enfrentan a elevadas cargas de estrés emocional, a otras de carácter económico nada desdeñables y, en no pocos casos, a situaciones de gran conflictividad. De ahí la conveniencia de tratamientos psiquiátricos que tomen en consideración también a la familia y a la comunidad y no sólo a la PCEM de manera aislada”.

(Lamarca, 2009: 29).

Consideramos que en los CRL se toma en cuenta a las familias, tanto en las fases iniciales, como en algunos de sus programas, pero quizá sería necesario compartir con ellas el planteamiento compartido del Plan Individualizado de Rehabilitación Laboral (PIRL) para su conocimiento y apoyo en las diferentes fases hacia el empleo, como el impulso de grupos informales entre las mismas familias.

Para este colectivo (Pastor, Blanco y Navarro, 2000: 514) podríamos decir que en general para cualquier persona, la actividad productiva y el empleo cumplen una serie de funciones en tres importantes ámbitos:

- En el ámbito de la actividad organizada: como estímulo cognitivo, como elemento organizador de la vida cotidiana, como contexto para el desarrollo de las habilidades básicas y como vehículo de relaciones sociales.

- En el ámbito de la actividad retribuida: al ser una importante fuente de ingresos económicos, lo cual posibilita la potencial independencia de estas personas.
- En el ámbito de la actividad socialmente valorada: la actividad productiva y el empleo se convierten en una fuente de reconocimiento social y autoestima.

Por el contrario (Pastor, Blanco y Navarro, 2000: 515), y aparte de los diferentes niveles de utilidad que el empleo tiene para este colectivo, nos encontramos con una serie de dificultades que presentan las personas con trastorno mental grave, en relación a su accesibilidad al mercado de trabajo. Si consideramos las personas con esquizofrenia (diagnóstico principal de la mayoría de las personas atendidas en los CRL, presentando una media de 51,62% de los casos analizados en los 16 centros analizados para esta investigación), existe suficiente evidencia acumulada sobre las dificultades que presentan en el área del empleo, dificultades que nada tienen que ver con las que presentan otros colectivos difícilmente empleables. De esta forma, podemos señalar que según FEAFES, su tasa de desempleo se sitúa en torno al 80% (cifra referida a las personas con enfermedad mental grave y duradera), siendo para el conjunto de las personas con enfermedad mental del 47,2%, según el informe “El empleo de las personas con discapacidad. 2012” realizado por el Instituto Nacional de Estadística, cifra que puede verse aumentada debido a la crisis económica actual (al no computar los ejercicios 2013 y 2014).

Según esta misma fuente, podemos agrupar esas dificultades en cuatro tipos principales:

- Dificultades relacionadas con el efecto directo de la enfermedad: como son la afectación de áreas cognitivas, perceptivas, afectivas y relacionales, así como la evolución dispar y escasamente predecible de la enfermedad.
- Dificultades relacionadas con las repercusiones de la enfermedad sobre prerrequisitos del empleo: carencias educativas, déficit de habilidades sociales, actitudes, valores y aspiraciones inadecuadas.

- Dificultades relacionadas con los efectos de la atención sanitaria: efectos secundarios de la medicación, estrategias de rehabilitación incorrectas, interferencias horarias entre el empleo y las necesidades de atención.
- Dificultades relacionadas con las barreras sociales: estigma social (actitudes sociales negativas hacia la enfermedad), políticas sociales inadecuadas y contraproducentes y carencia de recursos (programas, estructuras e intervenciones).

3.4 LOS ITINERARIOS DE INSERCIÓN SOCIOLABORAL: CONCEPTO Y BREVE DESARROLLO HISTÓRICO

Entendemos Itinerario de inserción sociolaboral como el *“enfoque de la orientación sociolaboral centrado en la persona que permite construir un proceso, con carácter pedagógico y encaminado a un cambio de una situación actual a otra deseada”* (Ceniceros, Oteo, 2003: 87-88).

Para el autor C. Guerrero:

—Los itinerarios de inserción sociolaboral son una estrategia específica de intervención que permite a la persona en riesgo de exclusión social ocupar un empleo en el mercado de trabajo, facilitando su incorporación al empleo a través de un conjunto de instrumentos y procedimientos técnicos de apoyo ajustados a las necesidades de cada persona.

Las características que definen estas acciones son:

- *Diseño individualizado y personalizado.*
- *Conectado con salidas formativas y profesionales concretas.*
- *Acompañamiento y apoyo de un técnico de inserción.*
- *Entrenamiento y formación adecuada.*
- *Apoyo técnico y seguimiento según necesidades”.*

(Guerrero, 2005: 8)

El itinerario de inserción sociolaboral se agrupa en una serie de fases (ver capítulo 6.2 dedicado expresamente a este tema). En la mayoría de los casos analizados, existen una serie de fases comunes como son las fases de acogida, diagnóstico, orientación laboral, formación, inserción laboral y seguimiento. También es común identificar la fase de

compromiso de inserción y elaboración del proyecto personalizado / individualizado de inserción laboral.

3.5 EL CONCEPTO DE INSERCIÓN SOCIOLABORAL

Salvá Mut, establece que el origen de la inserción sociolaboral como objeto de actuación, surge a mediados de los años 70 (a partir de la crisis del petróleo de 1973) para dar respuesta a las altas tasas de desempleo en los países industrializados.

El mismo autor señala que:

—El concepto de inserción sociolaboral se utilizó en un primer momento en referencia a la población joven. Tiene su origen en el informe Schwartz (Schwartz, 1985), que considera la inserción laboral de los jóvenes como parte de un proceso más amplio de transición a la vida adulta que se da en unas condiciones históricas y sociales determinadas”

(Mut, 2008: 1)

Denominamos inserción sociolaboral al esfuerzo para combatir una doble exclusión: social y laboral. Con relación a estas dos dimensiones se diferencian las cuatro zonas de la cohesión social (Castel, 1995): integración social, asistencia, vulnerabilidad social y exclusión social.

La inestabilidad y la precariedad en el empleo suponen un incremento de las personas que están al margen de las áreas de inclusión o integración. Estas personas pasan a incrementar la llamada zona de vulnerabilidad, que se caracteriza por la precariedad y la fragilidad tanto con relación al empleo como con los apoyos relacionales (Castel, 1995; García Roca, 1996).

No debemos olvidar en este punto la importancia de las repercusiones sobre las personas, apareciendo un aumento de problemas de salud física y mental y de las problemáticas sociales asociadas. Pérez Escoda (1996, 33) señala las siguientes con relación al desempleo de larga duración: pérdida de la identidad personal; pérdida del estatus social y económico; desestructuración temporal; conflictos familiares; deterioro de la salud mental (disminución de la autoconfianza, baja moral, pérdida de la

autoestima, pesimismo, ansiedad, fracaso, inseguridad, angustia, indefensión y depresión); riesgo de empeoramiento de la salud física (dolores de cabeza, alteraciones del sueño, cambio de peso, vértigos, mareo...); cambios en los hábitos de conducta (aislamiento social, aumento del consumo de tabaco, alcohol, drogas...); falta de información sobre oportunidades de trabajo y empleo; desfase de las cualificaciones y obsolescencia profesional.

Según el sociólogo francés, Robert Castel, experto analista en la exclusión social, las situaciones de precariedad laboral se traducen en vulnerabilidad social. Para dicho autor, la vulnerabilidad social es el resultado de una creciente yuxtaposición entre la precariedad económica y la inestabilidad social. La imposibilidad de procurarse un lugar estable en las formas de organización del trabajo torna frágiles los soportes que garantizan la supervivencia individual pero también debilitan los lazos de reconocimiento social que garantizan la pertenencia a una comunidad. (Castel, 1991, 1997).

De este modo, la precarización del trabajo provoca trayectorias laborales inestables. Estas "trayectorias erráticas", dirá Castel, reflejan tanto la degradación de la situación del trabajo como la degradación del capital relacional (Castel, 1997).

Bien es sabido los beneficios que provocan en las personas en riesgo de exclusión social, en general, y en las personas con enfermedad mental grave y duradera, en particular, el hecho de estar en situación de ocupación en el mercado de trabajo. Son múltiples los beneficios que el empleo provoca en las personas y sus familias: reconocimiento social, estabilidad económica, relaciones humanas, etc. Por desgracia, en la actualidad, han aumentado el número de trayectorias laborales inestables paralelamente a la propia inestabilidad del mercado de trabajo, hoy en día con una tasa de desempleo del 23,67% de la población activa española (datos correspondientes a la EPA del III Trimestre 2014), nos encontramos con personas que por primera vez en su vida deben abandonar el mercado de trabajo.

El colectivo de personas con enfermedad mental no es ni mucho menos ajeno a todo ello, como hemos señalado, incluso antes de la crisis económica, presentaba una tasa de desempleo cercana al 80%, de modo que estas personas necesitan (dada su fragilidad en las relaciones humanas) estar ocupadas en un puesto de trabajo, siempre que las

circunstancias (diagnóstico clínico, predisposición personal, etc.) así lo permitan. Los beneficios de empleo en este colectivo están sobradamente demostrados, de modo que se hace necesario establecer mecanismos para luchar contra esas trayectorias laborales inestables, citadas por Robert Castel.

Para el sociólogo y economista francés Yves Barel, claro defensor del enfoque sistémico, desde las sociedades industriales el trabajo se ha convertido en el “gran integrador” (Castel, 1995), existiendo una integración familiar, escolar, profesional, social, política, etc....., siendo el trabajo el inductor que atraviesa estos campos y hace posible la integración de las integraciones.

No debemos mirar hacia otro lado y no tener presente que en ocasiones las políticas sociales de inserción sociolaboral pueden fracasar estrepitosamente. En un informe redactado en 1988 por F. Levy constató que la mayoría de las operaciones de desarrollo social no habían creado empleos, no habían aminorado el desempleo, que en algunos casos llegó incluso a aumentar. Este informe, explica Castel, moderaba las ambiciones de una política que “solo podía evitar que una parte de la población quede completamente excluida” (Castel, 1995: 436). Para este autor “es un honor de una democracia el no resignarse al abandono completo de un número creciente de sus miembros cuyo único crimen es ser inempleables” (Castel, 1995: 436).

3.6 LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN LABORAL (CRL): CONCEPTO Y BREVE DESARROLLO HISTÓRICO

Antes de definir el concepto de “Centros de Rehabilitación Laboral” (CRL), es conveniente definir el concepto de rehabilitación laboral o profesional. Según la OMS, rehabilitación profesional es: “...*el suministro de medios -especialmente orientación profesional y colocación selectiva- para que los inválidos puedan obtener y conservar un empleo adecuado*” (OMS, 1955).

El concepto de rehabilitación laboral en España, proviene de la Ley de Integración Social del Minusválido (LISMI) de 1982. En concreto el artículo 18 dice: “*Se entiende por rehabilitación el proceso dirigido a que los minusválidos adquieran su máximo*

nivel de desarrollo personal y su integración en la vida social, fundamentalmente a través de la obtención de un empleo adecuado”.

Por su parte, según el Decreto 122/1997, de 2 de Octubre de 1997 que regula el Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención Social, Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario de Personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas, los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL): *“constituyen el recurso social específico, (dependientes del Programa de Atención social a Personas con enfermedad mental crónica), cuya misión fundamental es favorecer la rehabilitación vocacional-laboral de las personas con trastornos psiquiátricos crónicos que se encuentran viviendo en la comunidad, de modo que propicie su integración laboral normalizada fundamentalmente en la empresa ordinaria o también en fórmulas de empleo protegido (Centros especiales de empleo) o sistemas de auto-empleo”.*

Los CRL no tienen carácter de centro de trabajo, por lo que no pueden participar en operaciones regulares de mercado ni incluir relaciones laborales remuneradas con sus usuarios, como si lo hacen otros recursos tales como los centros especiales de empleo o las empresas de inserción, donde si es posible establecer relaciones de trabajo con las personas que pertenecen a dichos centros, así como entre estas entidades “empresariales” y otras empresas para la prestación de bienes o servicios.

Hasta finales de diciembre de 1998, la Dirección General de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, sólo tenía un CRL en funcionamiento (CRL “Nueva vida”, que contaba con 40 plazas y cuya apertura se produjo en mayo de 1991). A partir de esa fecha (en concreto el 23/12/1998) se abre un nuevo centro en el Distrito Centro de Madrid: CRL “Vázquez de Mella”, con 60 plazas. En enero de 2001 se abre el tercer CRL (AFAP-Pedrezuela), con 40 plazas. Por lo que en el año 2001 en la Comunidad de Madrid existían 140 plazas.

Según el Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid (2010-2014), el número de plazas disponibles en los diferentes CRL se incrementó en más de 340% en el periodo 2002 a 2008, pasando de 220 plazas (en 5 centros) en 2002 a 970 (en 20 centros) en 2008.

En la actualidad, existen en toda la red de Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) casi ocho veces más plazas que en 2001, en concreto 1.035 y siete veces más centros, habiendo sido inaugurados los últimos Centros de Rehabilitación Laboral en los municipios de Leganés en septiembre de 2014 y el de Alcobendas en enero de 2015.

3.7 EVOLUCIÓN DE LOS MODELOS DE PROGRAMAS DE EMPLEO CON PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL.

Si atendemos a la evolución histórica de los diferentes modelos de programas de empleo desarrollados para personas con enfermedad mental grave, podemos fijar cinco momentos bien diferentes en su desarrollo (Pastor, Blanco y Navarro, 2000: 517-522):

1. Laborterapia institucional: basada en la actividad laboral y pseudolaboral dentro de las instituciones psiquiátricas.
2. El empleo protegido: basado en actividad laboral y pseudolaboral en entornos específicos, la cual se ha desarrollado en entornos protectores con actividad no laboral y con escasos resultados.
3. La rehabilitación vocacional: basada en programas específicos para facilitar el acceso al empleo (orientación, entrenamiento en búsqueda de empleo, formación profesional y empleos de transición), recurso con buenos resultados en el acceso al empleo (especialmente en el caso de los CRL, llegando casi al 50% de tasa de inserción laboral), pero con escasos resultados para mantenerlo sin apoyo prolongado.
4. El empleo con apoyo: basado en empleo inmediato en “empresas normales”, con formación posterior y apoyo externo continuado, con resultados muy positivos (40-60% inserción) en EE.UU, pero graves dificultades de implantación en países con alto desempleo.
5. Las empresas sociales: basadas en el empleo en empresas específicas, pero que compiten en el mercado, aúna las ventajas del empleo protegido y del empleo

con apoyo, presentan buenos resultados en Europa, pero sin comprobación experimental.

Aunque durante mucho tiempo se ha hecho hincapié en la escasa importancia del diagnóstico a la hora de predecir las posibilidades de obtener empleo, sin embargo empieza a haber información de relevancia sobre las mayores dificultades de las personas con esquizofrenia, en comparación con quienes presentan otro tipo de trastornos, y específicamente con quienes presentan un claro predominio de sintomatología negativa y escasas habilidades sociales. En este sentido, se han identificado una serie de variables relacionadas con los malos resultados en términos de empleo, pero también algunos factores con el éxito de estos programas (Pastor, Blanco y Navarro, 2000: 523) agrupando ambas cuestiones en:

- Personales: la motivación parece ser la variable clave, si bien no existen resultados confirmados con variables sociodemográficas).
- Clínicas: Se han observado peores resultados con personas con esquizofrenia. Se ha detectado asociación negativa con personas que han padecido hospitalizaciones previas.
- Laborales: se ha encontrado una asociación positiva con personas que han tenido empleos anteriores y que presentan habilidades laborales básicas.
- Entorno social y de servicios: se han detectado asociaciones negativas en relación a actitudes sociales de los empleadores, el cobro de pensiones y entornos donde existe carencias de programas y servicios de apoyo.

Aparte de los factores expuestos anteriormente, podemos concluir que diversos estudios hacen hincapié en el factor “deseo de trabajar” de la persona como clave en su proceso de inserción sociolaboral, la importancia de este factor hace que se reste importancia al resto de factores, o dicho de otro modo, que encontremos la explicación de la inserción sociolaboral de las personas atendidas en este recurso, mediante el análisis de este factor en conjunción con otros (Pastor, Blanco y Navarro, 2000: 524).

El análisis de las variables que influyen en la inserción de las personas atendidas, es una cuestión que trataremos en el capítulo de 6.3.3, si bien queremos hacer hincapié que no es objeto de esta tesis doctoral la identificación de predictores de éxito del desempeño laboral en la rehabilitación laboral. Consideramos que la identificación de esos predictores de éxito, debería ser objeto de futuras investigaciones que forzosamente deberán unirse a la bibliografía que ya existe sobre el tema, como así se indica en las recomendaciones de este trabajo.

4. MARCO LEGISLATIVO: LA REHABILITACIÓN LABORAL PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL Y LOS ITINERARIOS DE INSERCIÓN SOCIOLABORAL EN EL MARCO NORMATIVO DE LA DISCAPACIDAD EN ESPAÑA

Como habíamos señalado en la introducción, en este capítulo se exponen las diferentes normas a nivel estatal que legislan nuestro objeto de estudio. En sentido cronológico, éstas son:

- Constitución Española (1978)
- Ley de Integración Social del Minusválido. LISMI (1982)
- Ley de Igualdad de Oportunidades, no discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad. LIONDAU (2003)
- Ley de adaptación de la LIONDAU a la Convención Internacional de Naciones Unidas (2011) sobre los derechos de las Personas con Discapacidad (PCD)
- Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social (2013)

Terminamos este capítulo examinando la legislación autonómica de la Comunidad de Madrid a través del Decreto 122/1997, de 2 de octubre, en el que se establece el régimen jurídico básico del servicio público de atención social, rehabilitación psicosocial y soporte comunitario de personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas con problemas de integración social.

Nuestra principal pretensión al analizar estas normas, es descubrir cómo se aborda en cada una de ellas el concepto de integración socio-laboral de las personas con enfermedad mental grave y duradera.

4.1 NUESTRA CARTA MAGNA: LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA.

En el Título preliminar, **artículo 9.2**, se establece que:

“Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social”.

En el Título I (De los derechos y deberes fundamentales), **artículo 10** se establece:

—1. La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social.

2. Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España”.

En el Título I (De los derechos y deberes fundamentales), Capítulo segundo (Derechos y libertades), **artículo 14** se establece:

“Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”

En el Título I (De los derechos y deberes fundamentales), Capítulo tercero (De los principios rectores de la política social y económica), **artículo 49** establece que:

“Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán

especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos”.

Por tanto, es el artículo 49 de la Constitución española de 1978 en el que se ampara la existencia de este recurso, si bien hace referencia a la rehabilitación e integración a quienes se prestará una atención especializada, sin especificar que ésta sea de carácter laboral.

Como veremos más adelante, no será hasta 4 años después, en 1982, cuando a través de la LISMI se concreten las medidas de carácter laboral.

4.2 EL ORIGEN DE LA REHABILITACIÓN PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL: LA LEY DE INTEGRACIÓN SOCIAL DEL MINUSVÁLIDO. LISMI (1982)

En el artículo 2 de dicha Ley 13/1982, de 7 de abril:

“El Estado español inspirará la legislación para la integración social de los disminuidos en la declaración de derechos del deficiente mental, aprobada por las Naciones Unidas el 20 de diciembre de 1971, y en la declaración de derechos de los minusválidos aprobada por la Resolución 3447 de dicha Organización de 9 de diciembre de 1975, y amoldará a ellas su actuación”.

En el TÍTULO PRIMERO, artículo 3 de la Ley de Integración Social del Minusválido (LISMI) establece:

*—Uno. Los poderes públicos prestarán todos los recursos necesarios para el ejercicio de los derechos a los que se refiere el artículo primero, constituyendo una obligación del Estado la prevención, los cuidados médicos y psicológicos, la rehabilitación adecuada, **la educación, la orientación, la Integración laboral**, la garantía de unos derechos económicos, jurídicos sociales mínimos y la Seguridad Social”.*

—Dos. A estos efectos estarán obligados a participar, para su efectiva realización en su ámbito de competencias correspondientes: la Administración Central, las Comunidades Autónomas, las Corporaciones Locales, los Sindicatos, las entidades y organismos públicos y las asociaciones y personas privadas”.

Los conceptos educación (en el sentido de formación para el empleo), orientación e integración laboral, están presentes en las diferentes fases que conforma cualquier itinerario de inserción socio-laboral.

En el TÍTULO VI de dicha Ley (“De la rehabilitación”), se entiende como cuarto (apartado d) proceso de rehabilitación el de “recuperación profesional” (sección cuarta, artículos 32 al 36). En el punto 2 del artículo 32 se establece que la orientación profesional y la formación, readaptación o reeducación profesional son prestaciones de dichos procesos de recuperación profesional.

Asimismo, vemos que están obligados a participar, entre otros organismos públicos, las Comunidades Autónomas. En el caso de la Comunidad de Madrid, esta premisa se cumple desde la creación de los CRL en 1991, nueve años después de que se promulgase la LISMI. Sin embargo, como veremos en el apartado 5.4.4, no todas las Comunidades Autónomas prestan los recursos necesarios para poder ofrecer un recurso integral, en el sentido de garantizar los servicios contenidos en el itinerario de inserción socio-laboral que el colectivo necesita.

Artículo treinta y tres.

*—La **orientación profesional** será prestada por los correspondientes servicios teniendo en cuenta las capacidades reales del minusválido, determinadas en base a los informes de los equipos multiprofesionales. Asimismo se tomarán en consideración la educación escolar efectivamente recibida y por recibir, los deseos de promoción social y las posibilidades de empleo existentes en cada caso, así como la atención a sus motivaciones, aptitudes y preferencias profesionales”.*

Artículo treinta y cuatro.

*—Uno. La **formación readaptación o reeducación profesional** que podrá comprender en su caso, una preformación general básica, se impartirá de acuerdo con la orientación profesional prestada con anterioridad Siguiendo los criterios establecidos en el artículo tercero de esta Ley en la sección segunda del presente título.*

Dos. Las actividades formativas podrán impartirse, además de en los centros de carácter general" o especial dedicados a ello en las Empresas siendo necesario en este último supuesto, la formalización de un contrato especial de formación profesional entre el minusválido o, en su caso, el representante legal y el empresario, cuyo contenido básico deberá ser fijado por las normas de desarrollo de la presente Ley en relación con lo dispuesto en el artículo once del Estatuto de los Trabajadores".

Los artículos 33 y 34 de dicha Ley, hacen referencia a dos fases del propio itinerario: orientación y formación, que, tal y como veremos en los diferentes modelos analizados, pueden darse en diferente momento: bien la orientación antes de la formación (por ejemplo Fundació Pere Tarrés) o bien después (Secretariado General Gitano).

Artículo treinta y cinco.

Uno. Las prestaciones a que se refiere la presente sección podrán ser complementadas en suceso con otras medidas adicionales que faciliten al beneficiario el logro del máximo nivel de desarrollo personal y favorezcan su plena integración en la vida social.

Dos. Los beneficiarios de la prestación de recuperación del sistema de Seguridad Social podrán beneficiarse, asimismo, de las medidas complementarias a que se refiere el apartado anterior".

Artículo treinta y seis.

—Uno. Los procesos de recuperación profesional serán prestados por los servicios de recuperación y rehabilitación de la Seguridad Social, previa la fijación para cada beneficiario del programa individual que se estime procedente.

Dos. A tales efectos, por los Ministerios competentes en el plazo de un año, se elaborará un plan de actuación en la materia en el que, en base al principio de sectorización, se prevea en los Centros y Servicios necesarios, teniendo en cuenta la coordinación -entre las fases médica, escolar y laboral del proceso de rehabilitación la necesidad de garantizar a los minusválidos residentes en zonas rurales el acceso a los procesos de recuperación profesional.

Tres. La dispensación de los tratamientos recuperadores será gratuita.

Cuatro. Quienes reciban las prestaciones de recuperación profesional percibirán un subsidio en las condición que determinen las disposiciones de desarrollo de la presente Ley”.

Como podemos observar en el artículo 36 ya se prevé la coordinación entre las fases: médica, escolar y laboral, tal y como desarrollan los CRL, desde el primer momento, ya que la derivación de los casos corresponde al servicio de salud mental.

En el TÍTULO VII de dicha Ley (–De la integración laboral”, artículos 37 al 48:

Artículo 37.

Será finalidad primordial de la política de empleo de trabajadores minusválidos su integración en el sistema ordinario de trabajo o, en su defecto, su incorporación al sistema productivo mediante la fórmula especial de trabajo protegido que se menciona en el art. 41.

En el artículo 37 se hace referencia a las diferentes fórmulas para acceder al empleo, como veremos en posteriores capítulos, el empleo protegido (Centros Especiales de Empleo) supone, según los últimos datos actualizados a junio de 2013, casi el 70% de los contratos totales registrados.

Artículo 38.

1. Las Empresas públicas y privadas que empleen un número de trabajadores fijos que exceda de 50 vendrán obligadas a emplear un número de trabajadores minusválidos no inferior al 2 por 100 de la plantilla.

2. Se entenderán nulos y sin efecto los preceptos reglamentarios, las cláusulas de los convenios colectivos, los pactos individuales y las decisiones unilaterales de las Empresas que supongan en contra de los minusválidos discriminaciones en el empleo, en materia de retribuciones, jornadas y demás condiciones de trabajo.

3. En las pruebas selectivas para el ingreso en los Cuerpos de la Administración del Estado, Comunidades Autónomas, Administración Local, Institucional y de la Seguridad Social, serán admitidos los minusválidos en igualdad de condiciones con los demás aspirantes. Las condiciones personales de aptitud para el ejercicio de las funciones correspondientes se acreditarán en su caso mediante dictamen vinculante expedido por el equipo multiprofesional competente, que deberá ser emitido con anterioridad a la iniciación de las pruebas selectivas.

4. Se fomentará el empleo de los trabajadores minusválidos mediante el establecimiento de ayudas que faciliten su integración laboral. Estas ayudas podrán consistir en subvenciones o préstamos para la adaptación de los puestos de trabajo, la eliminación de barreras arquitectónicas que dificulten su acceso y movilidad en los Centros de producción, la posibilidad de establecerse como trabajadores autónomos, el pago de las cuotas de la Seguridad Social y cuantas otras se consideran adecuadas para promover la colocación de los minusválidos, especialmente la promoción de Cooperativas.

En este caso, nos topamos con una realidad insultante desde el punto de vista social y empresarial, y no es otra que el incumplimiento de la LISMI, más de 30 años después de su entrada en vigor. Sobre todo en la empresa privada, muy pocas empresas de más de 50 trabajadores tienen entre su plantilla al menos un 2% de personas con discapacidad.

Según el informe “Ibex 35: 2010 DisCert España” que persigue visualizar el nivel de transparencia y compromiso de las empresas pertenecientes al mercado de referencia español en lo referente a empleo y discapacidad, tan sólo el 8,5% de las empresas del Ibex cumple los compromisos de la LISMI, el mismo informe cita a los CEE como los grandes empleadores del país.

La asociación de Centros Especiales de Empleo de Navarra (ACEMNA) realizó el “Estudio sobre el cumplimiento de la LISMI en empresas de más de 50 trabajadores en Navarra (Octubre 2009-Junio 2010)”, las conclusiones de dicho estudio dicen que tan sólo el 1,44% de las plantillas corresponde a personas con discapacidad.

Por suerte, parece que estos comportamientos no van a quedar impunes, así la UE ha prohibido la contratación de servicios públicos o recepción de ayudas o subvenciones a aquellas empresas que no cumplan la LISMI. España ha adoptado dicha normativa europea en la Ley 26/2011, de 1 de agosto de adaptación normativa a la convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, modificándose así la ley de contratos del sector público, ya que los pliegos de cláusulas administrativas pueden exigir a quienes liciten la presentación de un certificado que acredite el cumplimiento de esta ley. Sin embargo, la realidad no dice que no existe un sistema único de comprobación de este extremo, al estar cedidas a las CC.AA las competencias sobre empleo, por lo que en la actualidad no es posible comprobar la veracidad, no

pudiendo ir más allá de la comprobación de que dicha certificación jurada se ha presentado.

Artículo 39.

- 1. Corresponde al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, a través de las Oficinas de Empleo del Instituto Nacional de Empleo, la colocación de los minusválidos que finalicen su recuperación profesional cuando ésta sea precisa.*
- 2. A los efectos de aplicación de beneficios que la presente Ley y sus normas de desarrollo reconozcan, tanto a los trabajadores minusválidos como a las Empresas que los empleen, se confeccionará por parte de las Oficinas de Empleo, un registro de trabajadores minusválidos demandantes de empleo, incluidos en el censo general de parados.*
- 3. Para garantizar la eficaz aplicación de lo dispuesto en los dos apartados anteriores, y lograr la adecuación entre las condiciones personales del minusválido y las características del puesto de trabajo, se establecerá, reglamentariamente, la coordinación entre las Oficinas de Empleo y los equipos multiprofesionales previstos en la presente Ley.*

Artículo 40.

- 1. En el plazo de seis meses, a partir de la entrada en vigor de la presente Ley, por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social se dictarán las normas de desarrollo sobre el empleo selectivo regulado en la sección tercera del capítulo VII del título II de la Ley General de la Seguridad Social, coordinando las mismas con lo dispuesto en la presente Ley.*
- 2. En las citadas normas se regularán específicamente las condiciones de readmisión, por las Empresas, de sus propios trabajadores, una vez terminados los correspondientes procesos de recuperación.*

Artículo 41.

- 1. Los minusválidos que por razón de la naturaleza o de las consecuencias de sus minusvalías no puedan, provisional o definitivamente, ejercer una actividad laboral en las condiciones habituales, deberán ser empleados en Centros Especiales de Empleo, cuando su capacidad de trabajo sea igual o superior a un porcentaje de la capacidad habitual que se fijará por la correspondiente norma reguladora de la relación laboral de carácter especial de los trabajadores minusválidos que presten sus servicios en Centros Especiales de Empleo. Los Centros Especiales de Empleo se han regulado:*

- Su Reglamento, en el RD 2273/1985*
- La relación laboral de carácter especial de minusválidos en estos Centros, en el RD 1368/1985*
- Y las ayudas a estos centros, junto a las subvenciones a minusválidos*

que quieran convertirse en autónomos, en la Orden de 21-2-1986, que ha sido desarrollada por Orden de 22-3-1994)

2. Cuando la capacidad residual de los minusválidos no alcanzara el porcentaje establecido en el apartado anterior, accederán en su caso a los Centros Ocupacionales previstos en el título VIII de esta Ley.

(Los Centros Ocupacionales han sido regulados en el RD 2274/1985)

3. Los equipos multiprofesionales de valoración previstos en el art. 10 determinarán, en cada caso, mediante resolución motivada, las posibilidades de integración real y la capacidad de trabajo de los minusválidos a que se refieren los apartados anteriores.

Artículo 42.

1. Los Centros Especiales de Empleo son aquéllos cuyo objetivo principal sea el de realizar un trabajo productivo, participando regularmente en las operaciones del mercado, y teniendo como finalidad el asegurar un empleo remunerado y la prestación de servicios de ajuste personal y social que requieran sus trabajadores minusválidos; a la vez que sea un medio de integración del mayor número de minusválidos al régimen de trabajo normal.

2. La totalidad de la plantilla de los Centros Especiales de Empleo estará constituida por trabajadores minusválidos, sin perjuicio de las plazas en plantilla del personal no minusválido imprescindible para el desarrollo de la actividad.

Tal y como se ha comentado anteriormente, en la actualidad esta figura de empleo protegido supone casi el 70% del total de los contratos registrados en las oficinas de empleo de la Comunidad de Madrid.

Artículo 43.

1. En atención a las especiales características que concurren en los Centros Especiales de Empleo y para que éstos puedan cumplir la función social requerida, las Administraciones Públicas podrán, de la forma en que reglamentariamente se determine, establecer compensaciones económicas, destinadas a los Centros, para ayudar a la viabilidad de los mismos, estableciendo para ello, además, los mecanismos de control que se estimen pertinentes.

2. Los criterios para establecer dichas compensaciones económicas serán que estos Centros Especiales de Empleo reúnan las condiciones de utilidad pública y de imprescindibilidad y que carezcan de ánimo de lucro.

En este sentido, no está de más hacer referencia a las consecuencias de la actual crisis económica y financiera que ha provocado largos periodos de impago de sus facturas que han sufrido los propios Centros Especiales de Empleo en la Comunidad de Madrid y que han puesto a algunos de ellos al borde del cierre, no así a los CRL.

Artículo 44. (derogado por la Ley Gral. de la Seguridad Social de 20 de junio de 1994)

Artículo 45.

1. Los Centros Especiales de Empleo podrán ser creados tanto por Organismos públicos y privados como por las Empresas, siempre con sujeción a las normas legales, reglamentarias y convencionales, que regulen las condiciones de trabajo.

2. Las Administraciones Públicas, dentro del ámbito de sus competencias y a través del estudio de necesidades sectoriales, promoverán la creación y puesta en marcha de Centros Especiales de Empleo, sea directamente o en colaboración con otros Organismos o Entidades, a la vez que fomentarán la creación de puestos de trabajo especiales para minusválidos mediante la adopción de las medidas necesarias para la consecución de tales finalidades. Asimismo, vigilarán, de forma periódica y rigurosa, que los minusválidos sean empleados en condiciones de trabajo adecuadas.

Como hemos podido comprobar, en torno al 52% del empleo intermediado por los CRL se realiza mediante la fórmula de empleo protegido, básicamente de CEE que son creados por asociaciones y fundaciones.

Según datos de la Dirección General de Empleo de la Comunidad de Madrid, a septiembre de 2013 existen en la Comunidad de Madrid 313 Centros especiales de empleo (CEE) dedicados a diferentes actividades económicas: actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento, agricultura y ganadería, alimentación y hostelería, artes gráficas y servicios relacionados, automóvil y servicios relacionados, consultoría de gestión empresarial, publicidad y otros servicios a empresas, gestión de residuos, jardinería, limpieza y mantenimiento, manipulados, industria y comercio, rama sanitaria y de servicios sociales y servicios de información.

4.3 UN PASO MÁS: LA LEY DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES, NO DISCRIMINACIÓN Y ACCESIBILIDAD UNIVERSAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. LIONDAU (2003)

La segunda Ley específica desarrollada para personas con discapacidad, nace casi 20 años después de aprobación de la LISMI. Su principal propósito es el de garantizar la no discriminación hacia este colectivo, por parte de personas u organismos, así como el derecho a la igualdad de oportunidades y la accesibilidad universal.

Los artículos de dicha Ley que guardan relación con la inserción sociolaboral de las personas con discapacidad por enfermedad mental son los siguientes:

Artículo 1. Objeto de la ley.

1. Esta ley tiene por objeto establecer medidas para garantizar y hacer efectivo el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, conforme a los artículos 9.2, 10, 14 y 49 de la Constitución. A estos efectos, se entiende por igualdad de oportunidades la ausencia de discriminación, directa o indirecta, que tenga su causa en una discapacidad, así como la adopción de medidas de acción positiva orientadas a evitar o compensar las desventajas de una persona con discapacidad para participar plenamente en la vida política, económica, cultural y social.

2. A los efectos de esta ley, tendrán la consideración de personas con discapacidad aquellas a quienes se les haya reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33 por ciento. En todo caso, se considerarán afectados por una minusvalía en grado igual o superior al 33 por ciento los pensionistas de la Seguridad Social que tengan reconocida una pensión de incapacidad permanente en el grado de total, absoluta o gran invalidez, y a los pensionistas de clases pasivas que tengan reconocida una pensión de jubilación o de retiro por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad.

La acreditación del grado de minusvalía se realizará en los términos establecidos reglamentariamente y tendrá validez en todo el territorio nacional.

Artículo 2. Principios.

Esta ley se inspira en los principios de vida independiente, normalización, accesibilidad universal, diseño para todos, diálogo civil y transversalidad de las políticas en materia de discapacidad.

A estos efectos, se entiende por:

- a) Vida independiente: la situación en la que la persona con discapacidad ejerce el poder de decisión sobre su propia existencia y participa activamente en la vida de su comunidad, conforme al derecho al libre desarrollo de la personalidad.*
- b) Normalización: el principio en virtud del cual las personas con discapacidad deben poder llevar una vida normal, accediendo a los mismos lugares, ámbitos, bienes y servicios que están a disposición de cualquier otra persona.*
- c) Accesibilidad universal: la condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible. Presupone la estrategia de “diseño para todos” y se entiende sin perjuicio de los ajustes razonables que deban adoptarse.*
- d) Diseño para todos: la actividad por la que se concibe o proyecta, desde el origen, y siempre que ello sea posible, entornos, procesos, bienes, productos, servicios, objetos, instrumentos, dispositivos o herramientas, de tal forma que puedan ser utilizados por todas las personas, en la mayor extensión posible.*
- e) Diálogo civil: el principio en virtud del cual las organizaciones representativas de personas con discapacidad y de sus familias participan, en los términos que establecen las leyes y demás disposiciones normativas, en la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas oficiales que se desarrollan en la esfera de las personas con discapacidad.*
- f) Transversalidad de las políticas en materia de discapacidad, el principio en virtud del cual las actuaciones que desarrollan las Administraciones públicas no se limitan únicamente a planes, programas y acciones específicos, pensados exclusivamente para estas personas, sino que comprenden las políticas y líneas de acción de carácter general en cualquiera de los ámbitos de actuación pública, en donde se tendrán en cuenta las necesidades y demandas de las personas con discapacidad.*

De todos los artículos y disposiciones adicionales que componen esta Ley de accesibilidad, únicamente en la disposición adicional sexta, se trata de manera específica sobre cumplimiento de la ley en relación con el mercado de trabajo. En dicha disposición se especifica que el grado mínimo debe ser igual o superior al 33%.

“Disposición adicional sexta. Grado mínimo de minusvalía en relación con las medidas de fomento del empleo y las modalidades de contratación.

El grado mínimo de minusvalía necesario para generar el derecho a los beneficios establecidos en las medidas de fomento del empleo para el mercado ordinario de trabajo a favor de los discapacitados, así como para que las

personas con discapacidad puedan ser contratadas en prácticas o para la formación en dicho mercado ordinario de trabajo con aplicación de las peculiaridades previstas para este colectivo deberá ser igual o superior al 33 por ciento.”

Como hemos podido comprobar, las alusiones de esta Ley a la inserción sociolaboral de las personas con discapacidad por enfermedad mental son muy escasas y además sin herramientas que garanticen su cumplimiento.

4.4 INTERNACIONALIZANDO NUESTRO MARCO NORMATIVO: LA LEY DE ADAPTACIÓN NORMATIVA A LA CONVENCIÓN INTERNACIONAL SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PCD (2011)

El propósito de esta Ley, es adaptar la LIONDAU (2003) a la normativa internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad (2011), cuestión que se produce 8 años después de su aprobación.

En el preámbulo de dicha Ley 26/2011, de 1 de agosto, se establece un cambio del paradigma asistencial que hasta este momento imperaba:

—Resultado de un largo proceso en el que participaron varios actores: Estados miembros y Observadores de la ONU, Cuerpos y organizaciones de especial relevancia de la ONU, incluido el Relator Especial sobre Discapacidad, Instituciones de derechos humanos nacionales, y Organizaciones no gubernamentales, entre las que tuvieron un papel destacado las organizaciones de personas con discapacidad y sus familias, muy señaladamente las españolas, esta Convención supone la consagración del cambio de paradigma del enfoque de las políticas sobre discapacidad. Supera definitivamente la perspectiva asistencial de la discapacidad para abordar una basada en los derechos humanos”.

Como podemos observar el cambio de concepción es profundo en este sentido, en el preámbulo también se dice: “Se pasa así a considerar a las personas con discapacidad plenamente como sujetos titulares de derechos y no como meros objetos de tratamiento y protección social. En este sentido, la Convención, situando de modo integral a las personas con discapacidad como sujetos de derecho, establece que sus demandas y necesidades deben ser cubiertas de forma que puedan alcanzar la igualdad de

oportunidades con respecto al conjunto de los ciudadanos. Y, tomando en consideración la perspectiva de las capacidades diferenciadas y la diversidad funcional de una importante parte de la población mundial, que se estima en 650 millones de personas, un diez por ciento de los seres humanos, se pretende adicionalmente incorporar a la sociedad su talento y sus valores”.

Los principios generales de esta Ley son: “(...) el respeto a la dignidad inherente a la persona, la autonomía individual –incluida la libertad para tomar las propias decisiones, la independencia de cada ser humano, la no discriminación, la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad, la igualdad de oportunidades, el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como manifestación de la diversidad y la condición humana”.

En este sentido, la autonomía individual, la independencia (en el sentido de independencia económica que también puede significar emancipación) que consigue un ser humano al poseer ingresos propios a través del empleo, la no discriminación por razón del trabajo, la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad, así como la igualdad de oportunidades, se convierten en principios fundamentales de esta Ley relacionados de manera directa con la rehabilitación laboral de las personas con discapacidad en general y con discapacidad por enfermedad mental en particular.

Pasamos por tanto, del modelo médico-rehabilitador de finales de los 70 cuando se aprueba nuestra actual constitución (1978), al modelo de integración propio de la LISMI (1982), hasta llegar al modelo inclusivo de esta Ley de adaptación a la normativa internacional (2011), tal y como queda expresado en el propio preámbulo:

“(...) una sociedad abierta e inclusiva ha de modificar tal entorno solidariamente para acoger a las personas con discapacidad como elementos enriquecedores que ensanchan la humanidad y le agregan valor y debe hacerlo tomando en consideración la propia intervención de las personas con capacidades. El texto constitucional, al regular en su artículo 49 la atención a las personas con discapacidad, se inspiró en el modelo médico o rehabilitador, predominante en el momento de su aprobación, el cual consideraba la discapacidad como un problema de la persona, causado directamente por una enfermedad, accidente o condición de su salud, que requiere asistencia médica y rehabilitadora, en forma de un tratamiento individualizado prestado por profesionales”.

Asimismo, admite este preámbulo: “La presente Ley, de acuerdo con la Convención, supera este modelo médico asumiendo la perspectiva social y de derechos y capacidades, que configura la discapacidad como un complejo conjunto de condiciones, muchas de las cuales están originadas o agravadas por el entorno social”. En este sentido, se da cabida y entendimiento a las enfermedades mentales, cuyo desarrollo se produce a lo largo de la vida y, como hemos visto en el capítulo 3, punto 1 (referido al concepto de discapacidad y enfermedad mental), según la OMS las enfermedades mentales se producen por la compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales”.

Esta misma Ley cita de manera literal, en el preámbulo sus compromisos en materia de empleo: “En materia de empleo, se aumenta, en las ofertas de empleo público, el cupo de reserva de las vacantes para ser cubiertas entre personas con discapacidad al siete por ciento contenido en la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público y se crea, por vez primera con rango legal, una cuota específica para personas con discapacidad intelectual”.

Como podemos comprobar se especifica el cupo en la administración pública, hasta ahora según la LISMI era del 2% para empresas de más de 50 trabajadores.

Asimismo dice:

—Por último, en el marco de la Estrategia Global de Acción para el Empleo de Personas con discapacidad 2008-2012 se incentiva el cumplimiento del Objetivo 4 de promover una mayor contratación de personas con discapacidad en el mercado de trabajo ordinario, ordenando al Gobierno la revisión de la normativa legal y reglamentaria y la adopción de medidas para asegurar el cumplimiento de la cuota de reserva del dos por ciento de los puestos de trabajo para personas con discapacidad en las empresas de más de 50 trabajadores”.

Los artículos que conformaban la LIONDAU quedan modificados, en particular los que afectan a nuestro objeto de estudio. Por ejemplo, en cuanto al ámbito de aplicación, esta Ley aumenta el mismo:

—De acuerdo con el principio de transversalidad de las políticas en materia de discapacidad, esta Ley se aplicará en los siguientes ámbitos:

- a) Telecomunicaciones y sociedad de la información.
- b) Espacios públicos urbanizados, infraestructuras y edificación.
- c) Transportes.
- d) Bienes y servicios a disposición del público.
- e) Relaciones con las Administraciones públicas.
- f) Administración de justicia.
- g) Patrimonio cultural, de conformidad con lo previsto en la legislación de patrimonio histórico”.

En este artículo 3 también se añade:

—La garantía y efectividad del derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, en el ámbito del empleo y la ocupación, se regirá por lo establecido en esta Ley, que tendrá carácter supletorio a lo dispuesto en la legislación específica de medidas para la aplicación del principio de igualdad de trato en el empleo y la ocupación”.

En la LIONDAU no se hablaba de forma específica de empleo y ocupación.

En el artículo 11 (el cual modifica la Ley de 2007 del estatuto básico del empleado público) se establecen las condiciones en las que se va a regir la cobertura de ese cupo en el total de empleados públicos:

“Artículo 11. Modificación de la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público.

Se modifica el apartado 1 del artículo 59 de la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público, en los siguientes términos:

*—1. En las ofertas de empleo público se reservará un cupo no inferior al siete por ciento de las vacantes para ser cubiertas entre personas con discapacidad, considerando como tales las definidas en el apartado 2 del artículo 1 de la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, siempre que superen los procesos selectivos y acrediten su discapacidad y la compatibilidad con el desempeño de las tareas, de modo que progresivamente se alcance el dos por ciento de los efectivos totales en cada Administración Pública.
La reserva del mínimo del siete por ciento se realizará de manera que, al menos, el dos por ciento de las plazas ofertadas lo sea para ser cubiertas por personas que acrediten discapacidad intelectual y el resto de las plazas ofertadas lo sea para personas que acrediten cualquier otro tipo de discapacidad.”*

Por último, en la disposición adicional primera de dicha Ley, se especifica el plazo para el cumplimiento de unas medidas que, como hemos señalado, aún están muy lejos de cumplirse:

—Disposición final primera. Cumplimiento de la reserva de puestos de trabajo para personas con discapacidad.

El Gobierno, en el plazo de un año y en el marco de la Estrategia Global de Acción para el Empleo de Personas con Discapacidad, promoverá la adopción de medidas para:

- a) Asegurar el cumplimiento de la cuota de reserva del dos por ciento de los puestos de trabajo para personas con discapacidad en las empresas de más de 50 trabajadores mediante la contratación directa.*
- b) Establecer condiciones en los contratos del sector público relacionadas con el porcentaje de empleo de las personas con discapacidad en la ejecución de los mismos”.*
- c) Evaluar las medidas existentes y estudiar medidas alternativas que conduzcan al aumento de la contratación en el empleo ordinario, al objeto de configurar un conjunto de medidas más eficiente.*

4.5 EL ESTADO DE LA CUESTIÓN EN LA ACTUALIDAD: REAL DECRETO LEGISLATIVO POR EL QUE SE APRUEBA EL TEXTO REFUNDIDO DE LA LEY GENERAL DE DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y DE SU INCLUSIÓN SOCIAL (2013)

Podemos afirmar que este Real Decreto Legislativo supone la síntesis de toda la normativa aprobada hasta la fecha en materia de discapacidad. Un análisis de este texto nos demuestra la evolución de los derechos laborales que ha ido conquistando el colectivo. Como decimos, el texto está plagado de alusiones a la inserción laboral de las personas con discapacidad, desde la definición de igualdad de oportunidades, inclusión social o medidas de acción positiva en la página 4 (artículo 2. Definiciones).

En el artículo 4 (ámbito de aplicación) se identifican a los titulares de los derechos:

—Son personas con discapacidad aquellas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, previsiblemente permanentes que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás”.

En concreto el artículo 17 aborda el Apoyo para la actividad profesional, citando expresamente:

—Las personas con discapacidad en edad laboral tendrán derecho a beneficiarse de programas de rehabilitación vocacional y profesional, mantenimiento del empleo y reincorporación al trabajo. Los procesos de apoyo para la actividad profesional comprenderán, entre otras, las siguientes prestaciones:

- a) Los procesos de habilitación o rehabilitación médico-funcional.*
- b) La orientación profesional.*
- c) La formación, readaptación o recualificación profesional.*

En el artículo 37 se especifican los tipos de empleo de las personas con discapacidad:

—Las personas con discapacidad pueden ejercer su derecho al trabajo a través de los siguientes tipos de empleo:

- a) Empleo ordinario, en las empresas y en las administraciones públicas, incluido los servicios de empleo con apoyo.*
- b) Empleo protegido*
- c) Empleo Autónomo.*

Como podemos comprobar en el presente trabajo, los CRL intermedian con todo tipo de empresas para conseguir puestos de trabajo en los mercados ordinario y protegido y, aunque en mucha menor medida, empleo autónomo.

El artículo 41 establece la modalidad de servicios de empleo con apoyo, entendiendo como tal:

—el conjunto de acciones de orientación y acompañamiento individualizado en el puesto de trabajo, que tienen por objeto facilitar la adaptación social y laboral de personas trabajadoras con discapacidad con especiales dificultades de inclusión laboral en empresas del mercado ordinario de trabajo en condiciones similares al resto de los trabajadores que desempeñan puestos equivalentes. Los servicios de empleo con apoyo se regularán por su normativa reglamentaria”.

En esta investigación hemos constatado como, hasta 2012, la empresa ordinaria copa casi el 48% del total del empleo intermediado por los CRL. Sin embargo, datos más actuales facilitados por la Red de atención social a la enfermedad mental, correspondientes al ejercicio 2013 hacen descender este porcentaje hasta el 40%, a favor

del empleo protegido que sube del 47% al 52%. Por su parte las actividades no reguladas representan el 9%.

Otros artículos que hacen referencia al área laboral son:

- El artículo 43 (sección 3ª) hace referencia al empleo protegido (en concreto sobre los Centros Especiales de Empleo)
- El artículo 44 también hace referencia al empleo protegido bajo la fórmula de enclaves laborales.
- El artículo 52 hace referencia a los Centros Ocupacionales

En el Capítulo IX se expresan las obligaciones de los poderes públicos, en este sentido:

—Los poderes públicos garantizarán la prevención, los cuidados médicos y psicológicos, los apoyos adecuados, la educación, la orientación, la inclusión social y laboral, el acceso a la cultura y al ocio, la garantía de unos derechos económicos, sociales y de protección jurídica mínimos y la Seguridad Social. Para la consecución de estos objetivos participarán, en sus correspondientes ámbitos competenciales, las administraciones públicas, los interlocutores sociales y las asociaciones y personas jurídico-privadas”.

4.6 EL CASO DE LA COMUNIDAD DE MADRID: DECRETO 122/1997, DE 2 DE OCTUBRE, EN EL QUE SE ESTABLECE EL RÉGIMEN JURÍDICO BÁSICO DEL SERVICIO PÚBLICO DE ATENCIÓN SOCIAL, REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y SOPORTE COMUNITARIO DE PERSONAS AFECTADAS DE ENFERMEDADES MENTALES GRAVES Y CRÓNICAS CON PROBLEMAS DE INTEGRACIÓN SOCIAL.

Este decreto cita textualmente algunos hitos históricos importantes, hasta la creación de los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL):

Por ejemplo, el artículo 26.18 del Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid, (aprobado por Ley Orgánica 3/1983, de 25 de febrero) atribuye a la Comunidad de Madrid la plenitud de la función legislativa en materia de asistencia social.

Asimismo, la *Ley 11/1984, de 6 de junio*, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid (la cual fue derogada posteriormente por la *Ley 11/2003, de 27 de marzo*, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid), reguló el desarrollo de los Servicios Sociales tanto en el nivel primario de los Servicios Sociales Generales como en el nivel secundario de los Servicios Sociales Especializados. Dicha Ley en su artículo 11 enumera los servicios sociales especializados que deberán de organizarse desde la Comunidad de Madrid, estableciendo en su apartado *k)* la posibilidad de organizar cualquier otro servicio social especializado que se considere necesario por el Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid.

En este mismo decreto 122/1997 se indica que:

—La Comunidad de Madrid desde 1988 está desarrollando el Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica, dependiente actualmente de la Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Dicho Programa tiene como objetivo atender las necesidades sociales específicas de las personas con enfermedades mentales crónicas. Para ello, ha venido poniendo en marcha un conjunto de equipamientos de servicios sociales especializados de rehabilitación psicosocial, rehabilitación laboral, atención residencial y soporte comunitario orientados a favorecer y apoyar la integración social de dichas personas, trabajando de un modo complementario y coordinado con la red de servicios sanitarios de salud mental. El citado Programa viene pues a concretar en la Comunidad de Madrid la necesaria implicación y participación del sistema de Servicios Sociales, desde su nivel de Servicios Sociales Especializados, en la atención comunitaria a la población enferma mental crónica”.

Tras más de ocho años de experiencia en el desarrollo de servicios y recursos sociales específicos para la rehabilitación y apoyo a la integración social de esta población, se hacía necesaria una regulación específica que reconociera y recogiera las características y funcionamiento de estos servicios. Por todo ello la Comunidad de Madrid asume la necesidad de desarrollar como un nuevo servicio social especializado la atención social, rehabilitación y apoyo a la integración del colectivo de personas con enfermedades mentales graves y crónicas.

En esta línea se ha elaborado el presente Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención Social, Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario de Personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas, que viene a regular los objetivos,

tipología de centros y prestaciones de los mismos, perfil de las personas atendidas, procedimientos de acceso y otros elementos que configuran el régimen jurídico del citado Servicio.

En el Capítulo II, artículo 5 punto 2 de dicho Decreto 122/1997 se establecen por primera vez los CRL:

—Son Centros dirigidos a las personas afectadas de enfermedades mentales crónicas que tienen dificultades especiales para su acceso al mundo laboral. Dichos Centros tienen como misión preparar a dichas personas para su inserción laboral y apoyarles en la búsqueda y mantenimiento de un puesto de trabajo en el mercado laboral”.

En este mismo apartado ya se citan algunas de las **fases del itinerario o protocolo de actuación** que sigue este recurso:

—Ofrecerán como mínimo las siguientes prestaciones: orientación vocacional, rehabilitación laboral, apoyo a la formación profesional, apoyo para la inserción laboral, apoyo y seguimiento para el ajuste y mantenimiento del puesto de trabajo, así como otras actuaciones en materia de promoción de empleo”.

También se establecen, en el artículo 6 los **requisitos de acceso al recurso**:

—Podrán ser usuarios del Servicio Público de Atención Social, Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario aquellas personas que reúnan los siguientes requisitos:

- a) Ser residente en el territorio de la Comunidad de Madrid, o encontrarse en algunas de las situaciones contempladas en el artículo 2 de la Ley 11/1984, de 6 de junio, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid en su nueva redacción dada por la Ley 7/1994, de 6 de julio.*
- b) Tener una edad comprendida entre dieciocho y sesenta y cinco años. La Consejería de Sanidad y Servicios Sociales podrá modificar los límites anteriores en supuestos excepcionales cuando las necesidades especiales de rehabilitación o atención residencial lo exijan.*
- c) Tener un diagnóstico de enfermedad mental grave y crónica presentando dificultades en su funcionamiento psicosocial y en su integración social, así como estar siendo atendidos en algún Servicio de Salud Mental dependiente de la Comunidad de Madrid.*

- d) Necesitar a causa de su problemática psicosocial y de integración social y de sus circunstancias personales, familiares o sociales, de la atención desde alguno de los centros o recursos del Servicio Público que esta norma regula.*
- e) No padecer enfermedad que requiera atención permanente y continuada en centros hospitalarios”.*

Por último, en el artículo 7 también se regula la **forma de acceso**:

—1. Los usuarios deberán estar siendo atendidos por alguno de los Servicios de Salud Mental públicos dependientes de la Comunidad de Madrid. La forma de acceso a los diferentes centros integrados en el Servicio Público que aquí se regula, se realizará mediante propuesta del Servicio de Salud Mental responsable de la atención psiquiátrica de cada usuario, a través de un informe motivado en el que se justifique la necesidad de la atención social, rehabilitadora y/o residencial en alguno de los centros o equipamientos antes indicados.

2. La Consejería de Sanidad y Servicios Sociales establecerá los criterios específicos de acceso y el perfil que deben reunir los usuarios en los diferentes tipos de centros o recursos. Así como determinará los mecanismos de coordinación con los Servicios de Salud Mental”.

TABLA 1. COMPARATIVA MARCO LEGISLATIVO ENFERMEDAD MENTAL

DOCUMENTO	PRINCIPALES HITOS	FORTALEZAS	DEBILIDADES
LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA (1978)	Artículo 9.2 (promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo)	Los CRL en la prestación de sus servicios están garantizando todos estos derechos	Las personas con enfermedad mental deben superar un considerable estigma social
	Artículo 10 (dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad)		
	Artículo 14 (Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna)		
	Artículo 49 (Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos)	En 1986 se emprende la Reforma Psiquiátrica y en 1991 nace el primer CRL. Hoy en día la red de atención a PEM se compone de 21 Centros	No existe una política de rehabilitación laboral a nivel nacional
LEY DE INTEGRACIÓN SOCIAL DEL MINUSVÁLIDO. LISMI (1982)	Artículo 2: “El Estado español inspirará la legislación para la integración social de los disminuidos en la declaración de derechos del deficiente mental, aprobada por las Naciones Unidas”	Desde 1982 se han aprobado sucesivas leyes que tratan de ampliar los derechos de las PDI	
	Artículo 3: Uno. Los poderes públicos prestarán todos los recursos necesarios para el ejercicio de los derechos (...) constituyendo una obligación del Estado la prevención, los cuidados médicos y psicológicos, la rehabilitación adecuada, la educación, la orientación, la Integración laboral “Dos. A estos efectos estarán obligados a participar la Administración Central, las CC.AA, Corporaciones Locales, Sindicatos, las entidades y organismos públicos y las asociaciones y personas privadas”.	El Estado transfiere las competencias de rehabilitación laboral a las CC.AA. En este campo participan Corporaciones Locales, entidades y organismos públicos y las asociaciones (y Fundaciones) y personas privadas	Inexistencia de un liderazgo por parte de la Administración estatal en esta materia. Cada CC.AA adopta su propio modelo de intervención
	Artículo 33: “La orientación profesional será prestada por los correspondientes servicios teniendo en cuenta las capacidades reales del minusválido, determinadas en base a los informes de los equipos multiprofesionales.	La orientación profesional forma parte de un proceso más amplio incluido en el itinerario de inserción laboral de la persona atendida. Dicha orientación es realizada por un equipo de 7 profesionales	Al no existir un modelo estatal en la RL, la orientación profesional no se presta de la misma forma ni por los mismos profesionales
	Artículo 34: La formación readaptación o reeducación profesional que podrá comprender en su caso, una preformación general básica, se impartirá de acuerdo con la orientación profesional prestada con anterioridad	La formación también forma parte de un proceso más amplio incluido en el itinerario de inserción laboral de la persona atendida.	Al no existir un modelo estatal en la RL, la formación no se presta de la misma forma ni por los mismos equipos profesionales

LEY DE INTEGRACIÓN SOCIAL DEL MINUSVÁLIDO. LISMI (1982)	Artículo 35 Las prestaciones a que se refiere la presente sección podrán ser complementadas en suceso con otras medidas adicionales que faciliten al beneficiario el logro del máximo nivel de desarrollo personal y favorezcan su plena integración en la vida social. .	Los CRL incorporan servicios adicionales a los de orientación laboral y formación (acogida, intermediación laboral, evaluación, seguimiento, etc..)	Al no existir un modelo estatal en la RL, la formación no se presta de la misma forma ni por los mismos equipos profesionales
	Artículo 36 “Uno. Los procesos de recuperación profesional serán prestados por los servicios de recuperación y rehabilitación de la Seguridad Social, previa la fijación para cada beneficiario del programa individual que se estime procedente. Dos. “teniendo en cuenta la coordinación entre las fases médica, escolar y laboral del proceso de rehabilitación la necesidad de garantizar a los minusválidos residentes en zonas rurales el acceso a los procesos de recuperación profesional. Tres. La dispensación de los tratamientos recuperadores será gratuita. Cuatro. Quienes reciban las prestaciones de recuperación profesional percibirán un subsidio en las condición que determinen las disposiciones de desarrollo de la presente Ley”.	La trasferencia de competencias ha posibilitado que sean las entidades sociales quienes presten estos servicios en lugar de la seguridad social conjuntamente con las administraciones autonómicas. Existe un esfuerzo real en hacer llegar los servicios a las zonas de menor densidad de población y más alejadas La dispensación de la RL sigue siendo gratuita Quienes reciben los tratamientos de RL perciben un subsidio si tienen las condiciones necesarias para el cobro de las prestaciones correspondientes	Al no existir un modelo estatal en la prestación de los servicios de rehabilitación laboral quedan a expensas de los diferentes modelos de las CC.AA, los cuales están sujetos a diferentes filosofías, presupuestos, equipos de trabajo, etc. muy dispares.
	Artículo 37. Será finalidad primordial de la política de empleo de trabajadores minusválidos su integración en el sistema ordinario de trabajo o, en su defecto, su incorporación al sistema productivo mediante la fórmula especial de trabajo protegido que se menciona en el art. 41.	El 47,84% de las personas atendidas por los CRL encuentran trabajo en la empresa ordinaria. En España impera el modelo “primero entrena y luego coloca” con muy desiguales resultados, siendo la Comunidad de Madrid una de las que mejores puntuaciones ofrece	Inexistencia de una política global de RL, lo que sin duda favorecería tanto el empleo ordinario como el empleo protegido en este colectivo
	Artículo 38. Las Empresas públicas y privadas que empleen un número de trabajadores fijos que exceda de 50 vendrán obligadas a emplear un número de trabajadores minusválidos no inferior al 2 por 100 de la plantilla.	Existe una inspección cada vez más activa con el cumplimiento de este artículo, incrementándose las sanciones año a año. Se publica la Ley 13/2012, de 26 de diciembre, de Lucha contra el empleo irregular y el fraude en la Seguridad Social que multiplica por cinco el importe de las sanciones	Según el Informe Equipara 2008, sólo el 14% de las empresas obligadas a la cuota de reserva para personas con discapacidad llega al cumplimiento total
	Artículo 39. Corresponde al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, a través de las Oficinas de Empleo del Instituto Nacional de Empleo, la colocación de los minusválidos que finalicen su recuperación profesional cuando ésta sea precisa.	La colocación de este colectivo es realizada por diferentes recursos, entre ellos los CRL, las oficinas de empleo colaboran como meros gestores de ofertas de empleo, pero su grado de intermediación es nulo	Las oficinas de empleo apenas intermedian en la creación de empleo para este colectivo
	Artículo 41. Los minusválidos que por razón de la naturaleza o de las consecuencias de sus minusvalías no puedan, provisional o definitivamente, ejercer una actividad laboral en las condiciones habituales, deberán ser empleados en Centros Especiales de Empleo,	Desarrollo de un amplio catálogo de CEE en todo el territorio nacional, algunos de ellos específicamente creados para PEM. Existe un gran esfuerzo de diferentes entidades (CEPAT) por adaptar los puestos de trabajo para las PD	No se debe abusar de esta alternativa, al igual que de los Centros Ocupacionales, el fin debería ser la empresa ordinaria. No obstante, los índices de inserción en esta categoría son francamente bajos

	Artículo 43. En atención a las especiales características que concurren en los Centros Especiales de Empleo y para que éstos puedan cumplir la función social requerida, las Administraciones Públicas podrán, de la forma en que reglamentariamente se determine, establecer compensaciones económicas, destinadas a los Centros, para ayudar a la viabilidad de los mismos	Creación de líneas de subvenciones en todas las CC.AA para financiar los CEE	La llegada de la crisis económica ha supuesto importantes recortes y retrasos en el cobro de estas subvenciones
	Artículo 45. Los Centros Especiales de Empleo podrán ser creados tanto por Organismos públicos y privados como por las Empresas, siempre con sujeción a las normas legales, reglamentarias y convencionales, que regulen las condiciones de trabajo.	En la Comunidad de Madrid existen al menos dos CEE para PEM, en concreto Fundación Manantial ha creado: Manantial Farma y Manantial Documenta	
LEY DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES, NO DISCRIMINACIÓN Y ACCESIBILIDAD UNIVERSAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (2003)	Artículo 1. Objeto de la ley. Esta ley tiene por objeto establecer medidas para garantizar y hacer efectivo el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, conforme a los artículos 9.2, 10, 14 y 49 de la Constitución.	La calidad y cantidad de recursos para el colectivo ha ido en aumento paulatinamente, en concreto los CRL han crecido en este periodo (2003-2014)	Existe un largo camino por recorrer para reconocer que las personas con discapacidad tienen garantizado el derecho a la igualdad de oportunidades como cualquier otra persona.
	Artículo 2. Principios. Esta ley se inspira en los principios de vida independiente, normalización, accesibilidad universal, diseño para todos, diálogo civil y transversalidad de las políticas en materia de discapacidad.		
LEY DE ADAPTACIÓN NORMATIVA DE LIONDAU A LA CONVENCIÓN INTERNACIONAL NACIONES UNIDAS SOBRE DERECHOS DE LAS PCD (2011)	En el preámbulo de dicha Ley 26/2011, de 1 de agosto, se establece un cambio del paradigma asistencial que hasta este momento imperaba: Supera definitivamente la perspectiva asistencial de la discapacidad para abordar una basada en los derechos humanos”.	Los CRL mantienen esta filosofía desde su creación en 1991: identificar y potenciar las competencias laborales de las personas atendidas para mejorar su calidad de vida. En la prestación de sus servicios están garantizando todos estos derechos	Aún existen modelos de intervención con personas con enfermedad mental que se basan en el asistencialismo
	Preámbulo: “Se pasa así a considerar a las personas con discapacidad plenamente como sujetos titulares de derechos y no como meros objetos de tratamiento y protección social.		
	Principios generales de esta Ley son: “(...) el respeto a la dignidad inherente a la persona, la autonomía individual –incluida la libertad para tomar las propias decisiones, la independencia de cada ser humano, la no discriminación, la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad, la igualdad de oportunidades, el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como manifestación de la diversidad y la condición humana”.		
	Asimismo, admite este preámbulo: “La presente Ley, de acuerdo con la Convención, supera este modelo médico asumiendo la perspectiva social y de derechos y capacidades, que configura la discapacidad como un complejo conjunto de condiciones, muchas de las cuales están originadas o agravadas por el entorno social”.		
	Artículo 11: “En las ofertas de empleo público se reservará un cupo no inferior al siete por ciento de las vacantes para ser cubiertas entre personas con discapacidad, de modo que progresivamente se alcance el dos por ciento de los efectivos totales en cada Administración Pública. La reserva del mínimo del siete por ciento se realizará de manera que, al menos, el dos por ciento de las plazas ofertadas lo sea para ser cubiertas por personas que acrediten discapacidad intelectual y el resto de las plazas ofertadas lo	Existe una inspección cada vez más activa con el cumplimiento de este artículo, incrementándose las sanciones año a año. Se publica la Ley 13/2012, de 26 de diciembre, de Lucha contra el empleo irregular y el fraude en la Seguridad Social que multiplica por cinco el importe	Según el Informe Equipara 2008, sólo el 14% de las empresas obligadas a la cuota de reserva para personas con discapacidad

LEY DE ADAPTACIÓN NORMATIVA DE LIONDAU A LA CONVENCIÓN INTERNACIONAL NACIONES UNIDAS SOBRE DERECHOS DE LAS PCD (2011)	sea para personas que acrediten cualquier otro tipo de discapacidad.”	de las sanciones	llega al cumplimiento total
	Disposición final primera: “El Gobierno, en el plazo de un año y en el marco de la Estrategia Global de Acción para el Empleo de Personas con Discapacidad, promoverá la adopción de medidas para: a) Asegurar el cumplimiento de la cuota de reserva del dos por ciento de los puestos de trabajo para personas con discapacidad en las empresas de más de 50 trabajadores mediante la contratación directa. b) Establecer condiciones en los contratos del sector público relacionadas con el porcentaje de empleo de las personas con discapacidad en la ejecución de los mismos”. c) Evaluar las medidas existentes y estudiar medidas alternativas que conduzcan al aumento de la contratación en el empleo ordinario, al objeto de configurar un conjunto de medidas más eficiente.	Existe una inspección cada vez más activa con el cumplimiento de este artículo, incrementándose las sanciones año a año. Se publica la Ley 13/2012, de 26 de diciembre, de Lucha contra el empleo irregular y el fraude en la Seguridad Social que multiplica por cinco el importe de las sanciones	Según el Informe Equipara 2008, sólo el 14% de las empresas obligadas a la cuota de reserva para personas con discapacidad llega al cumplimiento
	Artículo 4: “Son personas con discapacidad aquellas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, previsiblemente permanentes que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones”.	Se reconoce por primera vez de forma explícita que las personas con enfermedad mental son personas con discapacidad	Aún existen modelos de rehabilitación laboral con múltiples carencias en los que no se garantizan procesos que mejoran la calidad de vida de las personas atendidas. Se necesita un liderazgo por parte de la Administración estatal para corregir esta deficiencia
REAL DECRETO LEGISLATIVO POR EL QUE SE APRUEBA EL TEXTO REFUNDIDO DE LA LEY GENERAL DE DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y DE SU INCLUSIÓN SOCIAL (2013)	Artículo 17: “Las personas con discapacidad en edad laboral tendrán derecho a beneficiarse de programas de rehabilitación vocacional y profesional, mantenimiento del empleo y reincorporación al trabajo. Los procesos de apoyo para la actividad profesional comprenderán, entre otras, las siguientes prestaciones: a) Los procesos de habilitación o rehabilitación médico-funcional. b) La orientación profesional. c) La formación, readaptación o recualificación profesional.	Los CRL a través de sus itinerarios individualizados de inserción sociolaboral han demostrado ser un buen recurso para las personas con enfermedad mental	
	Artículo 37: “Las personas con discapacidad pueden ejercer su derecho al trabajo a través de los siguientes tipos de empleo: a) Empleo ordinario, en las empresas y en las administraciones públicas, incluido los servicios de empleo con apoyo. b) Empleo protegido c) Empleo Autónomo.	Desde los CRL se potencia tanto el empleo ordinario como el empleo protegido, consiguiendo una tasa de inserción sociolaboral del 47,4% (datos de 2013)	Práctica inexistencia del empleo autónomo en el colectivo de personas con enfermedad mental
	Artículo 41: “Los servicios de empleo con apoyo son un conjunto de acciones de orientación y acompañamiento individualizado en el puesto de trabajo, que tienen por objeto facilitar la adaptación social y laboral de personas trabajadoras con discapacidad con especiales dificultades de inclusión laboral en empresas del mercado ordinario de trabajo en condiciones similares al resto de los trabajadores que desempeñan puestos equivalentes. Los servicios de empleo con apoyo se regularán por su normativa reglamentaria”.	Los CRL llevan a cabo acciones de empleo con apoyo en empresas ordinarias en condiciones similares al resto de los trabajadores que desempeñan puestos equivalentes. De hecho el 47,8% de las personas que se insertan lo hacen en este tipo de empresas	Debería potenciarse mucho más el empleo con apoyo en las personas con enfermedad mental en las empresas ordinarias. Las entidades que realizan esta tarea y los puestos de trabajo creados son claramente insuficientes
	Capítulo IX: “Los poderes públicos garantizarán la prevención, los cuidados médicos y psicológicos, los apoyos adecuados, la educación, la orientación, la inclusión social y laboral, el acceso a la cultura y al ocio, la garantía de unos derechos económicos, sociales y de protección jurídica mínimos y la Seguridad Social. Para la consecución de estos objetivos participarán, en sus ámbitos competenciales, las administraciones públicas, los interlocutores sociales y las asociaciones y personas jurídico-privadas”.	Se ha recorrido un largo camino desde 1978 e el que el número de dispositivos ha aumentado en cantidad y calidad	Los retos a los que nos enfrenta la actual crisis económica pueden ser un serio obstáculo en la garantía de los derechos de las personas con enfermedad mental

4.7 CONCLUSIONES EN RELACIÓN AL MARCO LEGISLATIVO EXISTENTE SOBRE REHABILITACIÓN LABORAL:

Como hemos señalado al comienzo de este apartado de análisis del marco legislativo, para la redacción de este capítulo nos hemos centrado en los siguientes documentos:

- Constitución española (1978)
- Ley de integración social del minusválido. LISMI (1982)
- Decreto en el que se establece el régimen jurídico básico del servicio público de atención social, rehabilitación psicosocial y soporte comunitario de personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas con problemas de integración social (1997)
- Ley de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. LIONDAU (2003)
- Ley de adaptación normativa de LIONDAU a la convención internacional naciones unidas sobre derechos de las personas con discapacidad (2011)
- Ley general de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (2013)

Como vemos, se produce un desarrollo histórico de 6 normas, todas con rango de ley, a excepción del Decreto de la Comunidad de Madrid por el que se establece el régimen jurídico básico del servicio público de atención social, rehabilitación psicosocial y soporte comunitario de personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas con problemas de integración social. Todas estas normas arrojan una serie de fortalezas y debilidades, algunas de estas debilidades pueden ser interpretadas como verdaderos incumplimientos, que finalmente van en detrimento de los derechos y la calidad de vida de las personas con enfermedad mental.

Entre las FORTALEZAS podemos destacar:

- Desde 1982 se han aprobado sucesivas leyes que tratan de ampliar los derechos de las PDI

- El Estado transfiere las competencias de rehabilitación laboral a las CC.AA.
- La transferencia de competencias ha posibilitado que sean las entidades sociales quienes presten estos servicios en lugar de la seguridad social conjuntamente con las administraciones autonómicas.
- Existe un esfuerzo real en hacer llegar los servicios a las zonas de menor densidad de población y más alejadas
- La dispensación de la Rehabilitación Laboral sigue siendo gratuita.
- Quienes reciben los tratamientos de Rehabilitación Laboral perciben un subsidio si tienen las condiciones necesarias para el cobro de las prestaciones correspondientes
- Existe una inspección cada vez más activa, incrementándose las sanciones año a año. Se publica la Ley 13/2012, de 26 de diciembre, de Lucha contra el empleo irregular y el fraude en la Seguridad Social que multiplica por cinco el importe de las sanciones
- Desarrollo de un amplio catálogo de Centros Especiales de Empleo en todo el territorio nacional, algunos de ellos específicamente creados para personas con enfermedad mental. En la Comunidad de Madrid existen al menos dos, en concreto Fundación Manantial ha creado: Manantial Farma y Manantial Documenta.
- Creación de líneas de subvenciones en todas las CC.AA para financiar los Centros Especiales de Empleo.
- La calidad y cantidad de recursos para el colectivo ha ido en aumento paulatinamente, en concreto los CRL han crecido en este periodo (2003-2014)
- Los CRL mantienen esta filosofía desde su creación en 1991: identificar y potenciar las competencias laborales de las personas atendidas para mejorar su calidad de vida. En la prestación de sus servicios están garantizando todos estos derechos

- Los CRL llevan a cabo acciones de empleo con apoyo en empresas ordinarias en condiciones similares al resto de los trabajadores que desempeñan puestos equivalentes. De hecho el 47,8% de las personas que se insertan lo hacen en este tipo de empresas

En definitiva, se ha recorrido un largo camino desde 1978, en el que el número de dispositivos ha aumentado en cantidad y calidad

Pero no todo es positivo, y también podemos destacar aspectos negativos o DEBILIDADES producto de las legislaciones aplicadas en todos estos años, debilidades que pueden traducirse de algún modo en una falta de instrumentos y financiación suficiente para su aplicación.

Estas debilidades son:

- Las personas con enfermedad mental deben superar una considerable discriminación social.
- No existe una política de rehabilitación laboral a nivel nacional.
- Inexistencia de un liderazgo por parte de la Administración estatal en esta materia.
- Cada CC.AA adopta su propio modelo de intervención.
- Según el Informe Equipara 2008, sólo el 14% de las empresas obligadas a la cuota de reserva para personas con discapacidad llega al cumplimiento total.
- Las oficinas de empleo no intermedian en la creación de empleo para este colectivo.
- Existe un largo camino por recorrer para reconocer que las personas con discapacidad tienen garantizado el derecho a la igualdad de oportunidades como cualquier otra persona.

- La llegada de la crisis económica ha supuesto importantes recortes y retrasos.
- Aún existen modelos de intervención con personas con enfermedad mental que se basan en el asistencialismo.
- Aún existen modelos de rehabilitación laboral con múltiples carencias en los que no se garantizan procesos que mejoran la calidad de vida de las personas atendidas.
- Práctica inexistencia del empleo autónomo en el colectivo de personas con enfermedad.
- Debería potenciarse mucho más el empleo con apoyo en las personas con enfermedad mental en las empresas ordinarias.
- Las entidades que realizan esta tarea y los puestos de trabajo creados son claramente insuficientes.
- Los retos a los que nos enfrenta la actual crisis económica pueden ser un serio obstáculo en la garantía de los derechos de las personas con enfermedad mental.

5. POLÍTICAS Y RECURSOS

En el presente capítulo, se exponen los diferentes planes estratégicos vigentes en la actualidad, descendiendo desde el nivel internacional y europeo, pasando por el nivel estatal, hasta llegar al nivel autonómico. Nuestro propósito es identificar las políticas de rehabilitación laboral en dichos planes, o, al menos, la existencia de referencias a la inserción sociolaboral de las personas con discapacidad por enfermedad mental.

5.1 NIVEL INTERNACIONAL

5.1. 1 PLAN DE ACCION INTEGRAL SOBRE SALUD MENTAL (2013-2020). OMS.

En el nivel internacional, la organización que insta al desarrollo de políticas y recursos a favor de la calidad de vida de nuestro colectivo es la Organización Mundial de la Salud (OMS). En la 132ª reunión de su Consejo Ejecutivo, celebrada el 11/01/2013, se informó que la carga de trastornos mentales sigue aumentando y tiene grandes repercusiones en la salud, además de importantes consecuencias sociales, económicas y para los derechos humanos en todos los países del mundo. En mayo de 2012, la 65 Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA65.4 sobre la carga mundial de trastornos mentales y la necesidad de una respuesta integral y coordinada de los sectores sanitario y social de los países. En ella se instó a los Estados Miembros a que, entre otras cosas, elaboren y refuercen políticas y estrategias integrales sobre la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales y la identificación temprana, atención, asistencia, tratamiento y recuperación de las personas con trastornos mentales.

En cumplimiento de la resolución WHA65.4, el proyecto de plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 aborda la enfermedad y las cargas económicas y sociales, así como las consecuencias que tienen los trastornos mentales en materia de derechos humanos. En él se proponen acciones claras para los Estados Miembros, los asociados a nivel internacional, regional y nacional, y la Secretaría.

Asimismo, contiene propuestas de indicadores y metas que se pueden utilizar para evaluar la aplicación, los progresos y el impacto.

5.2 NIVEL EUROPEO

El Fondo Social Europeo (FSE) es el principal instrumento con el que Europa apoya la creación de empleo, ayuda a las personas a conseguir mejores puestos de trabajo y garantiza oportunidades laborales más justas para todos los ciudadanos de la UE. Para ello, el FSE invierte en capital humano europeo: trabajadores, jóvenes y todas aquellas personas que buscan empleo. La financiación del FSE, que asciende a 10.000 millones de euros al año, mejora las perspectivas laborales de millones de europeos, en especial de quienes tienen dificultades para encontrar trabajo.

Dicho fondo se encuentra encuadrado dentro de los nuevos instrumentos de la política de cohesión reformada para el periodo 2007-2013.

Aparte del FSE existen una serie de estrategias a nivel global (Estrategia Europea para la Inclusión Social) y a nivel más específico (Plan de Acción del Consejo de Europa 2006-2015) en materia de discapacidad, Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020 y la Estrategia para abordar la salud mental a escala europea.

5.2.1 EL FONDO SOCIAL EUROPEO (2007-2013) Y LAS ESTRATEGIAS EUROPEAS DE INTERVENCIÓN.

El FSE presta su apoyo a políticas y prioridades destinadas a lograr más y mejores puestos de trabajo, incrementar la calidad y la productividad en el trabajo y fomentar la integración y la cohesión social. Se aplica siguiendo las directrices y recomendaciones de la Estrategia Europea de Empleo (EEE) con los siguientes objetivos:

- Lograr el pleno empleo.
- Mejorar la calidad y la productividad del trabajo.
- Promover la integración social (en particular, el acceso al empleo de las personas desfavorecidas).
- Reducir las disparidades nacionales, regionales y locales en materia de empleo.

En materia de inclusión social y discapacidad (lo cual no implica que se hable explícitamente de enfermedad mental), existen tres referentes claros: la estrategia

europea para la inclusión social, la estrategia europea sobre discapacidad y el plan de acción del consejo de Europa en materia de discapacidad.

Pero, de forma explícita, podemos encontrar la Estrategia Europea de Salud Mental y la Red Europea de Promoción de la Salud Mental.

Debemos recordar que nuestro problema de investigación y objeto de estudio, engloba a las personas con discapacidad por enfermedad mental, de modo que las políticas desarrolladas en los campos de la inclusión social y la discapacidad, de forma global también afectan al colectivo de personas con enfermedad mental grave y duradera.

LA ESTRATEGIA EUROPEA PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

Entre los objetivos de dicha estrategia podemos destacar:

- Mejorar la capacidad de adaptación de los trabajadores, las empresas y los empresarios, con objeto de aumentar de esta manera la previsión y la gestión positiva del cambio económico.
- Facilitar el acceso al empleo y la inserción duradera en el mercado de trabajo de las personas inactivas y de las que buscan trabajo.
- Evitar el desempleo, en particular el desempleo de larga duración y el desempleo de los jóvenes.
- Apoyar el envejecimiento activo y la prolongación de la vida laboral.
- Incrementar la participación en el mercado laboral.
- Potenciar la integración social de las personas desfavorecidas con vistas a su inserción duradera en el empleo.
- Luchar contra todas las formas de discriminación en el mercado de trabajo;
- Reforzar y ampliar el capital humano.
- Promover la asociación y cooperación conjunta de diferentes actores.

Para ello propone:

- Más inversión en capital humano, con reformas en los sistemas de educación y formación, y una mayor participación en la educación y el aprendizaje permanente y en el desarrollo del potencial humano en el ámbito de investigación e innovación.

- Mejora de la capacidad y la eficacia institucionales, con objeto de contribuir a la buena gestión.

PLAN DE ACCIÓN DEL CONSEJO DE EUROPA 2006-2015 EN MATERIA DE DISCAPACIDAD

Este Plan establece una serie de medidas en su línea de actuación sobre educación, de las que podemos destacar las siguientes:

- Promover la legislación, las políticas y la planificación necesarias para impedir toda discriminación con respecto a los jóvenes y adultos con discapacidad en el acceso a todas las fases de la educación.
- Garantizar que las personas con discapacidad reciban la ayuda necesaria, en el marco del sistema educativo ordinario, para facilitar su educación efectiva.
- Fomentar, en el marco de la formación inicial y continua de empleo, de todos los profesionales y personal ocupado en todos los niveles del sistema educativo, el desarrollo de la sensibilización hacia la discapacidad y del aprendizaje de la utilización de las técnicas y del material pedagógico que permitan ayudar, si procede, a los alumnos y estudiantes con discapacidad.
- Procurar que la sensibilización hacia la discapacidad tenga u ocupe un lugar importante en los programas de educación de los colegios y de las instituciones ordinarias.

ESTRATEGIA EUROPEA SOBRE DISCAPACIDAD 2010-2020

La Estrategia Europea 2010-2020 (marco estratégico para la cooperación europea en educación y formación), a través de su ámbito de actuación 5 de promoción de educación y formación, respaldará todos los esfuerzos nacionales encaminados a:

- Suprimir las barreras jurídicas y organizativas que se presentan a las personas con discapacidad en los sistemas generales de educación y de aprendizaje permanente;
- Apoyar oportunamente una educación inclusiva, un aprendizaje personalizado y una identificación temprana de necesidades especiales.

- Facilitar una formación y un apoyo adecuados a los profesionales que trabajan a todos los niveles educativos.

El marco de actuación de esta Estrategia viene conformado por los objetivos de la Estrategia Europea 2020, así como del Programa Nacional de Reformas de España 2011. Se destacan tres grandes campos: Mercado laboral, Educación y Pobreza y exclusión social.

En relación con la educación superior, el objetivo es garantizar que la proporción de personas con edades comprendidas entre 30 y 34 años que han terminado la educación superior supere el 40% (en el caso de España, el objetivo es el 44%). A pesar de representar una reducida proporción de la población de 30 a 34 años, las personas con discapacidades pueden contribuir a alcanzar este objetivo, especialmente si tenemos en cuenta la inferior proporción de personas con discapacidad con estudios de educación superior.

En cuanto al ámbito de actuación “Educación y Formación”. El limitado acceso a la formación, particularmente a la superior, es uno de los factores que intervienen decisivamente en los procesos de exclusión social de las personas con discapacidad. Por este motivo, entre las medidas estratégicas definidas se encuentran las siguientes:

- Promover una educación inclusiva en todas las etapas educativas.
- Potenciar la formación continuada de todo el profesorado.
- Avanzar en la inclusión de asignaturas que coadyuven a garantizar los derechos de las personas con discapacidad.

También se establece que se concienciará a la sociedad en todo lo referente a la discapacidad, siguiendo los parámetros marcados por la Estrategia Europea 2010-2020.

LA ESTRATEGIA PARA ABORDAR LA SALUD MENTAL A ESCALA EUROPEA

La Comisión Europea ha promovido el desarrollo de la salud mental en el ámbito de la UE y los estados a través de los programas de Salud Pública.

Podemos situar el origen en la Resolución del Consejo de 18 de noviembre de 1999 sobre la promoción de la salud mental (2000/C86/01), en la que se insta a los Estados Miembros a: incorporar la salud mental en las respectivas políticas, a recabar datos referentes a la enfermedad mental, a poner en práctica acciones de promoción de salud mental y prevención de la enfermedad mental y a promover la investigación en salud mental.

No es hasta junio de 2008, cuando encontramos recomendaciones europeas específicas para la promoción del empleo entre las personas con enfermedad mental, dichas recomendaciones se produjeron en la Conferencia sobre Salud Mental en la Unión Europea, celebrada en Bruselas. Dicha conferencia dio lugar al Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar. En ese pacto se reconoce la salud mental como derecho humano fundamental para el desarrollo de una vida con bienestar, salud y calidad de vida. El pacto también establece que la salud mental promueve la formación, el empleo y la participación activa en la sociedad y estipula que es un factor determinante para la consecución de los objetivos establecidos en la Estrategia de Lisboa, relativos al crecimiento del empleo, la cohesión social y el desarrollo sostenible.

Asimismo, se invita a los Estados Miembros a desarrollar acciones complementarias y a aunar esfuerzos para hacer frente a estos retos y promover la salud mental en Europa, desarrollando acciones de carácter preventivo y proveyendo el apoyo necesario a través de la atención médica y los correspondientes servicios de salud y sociales. Para ello, en el pacto se establecen cinco áreas prioritarias de actuación, la tercera de ellas relacionada directamente con el empleo:

1. Prevención de la depresión y del suicidio.
2. La salud mental de los jóvenes y la salud mental en la educación.
3. La salud mental en los puestos de trabajo.
4. La salud mental y las personas mayores.
5. Combatiendo el estigma y la exclusión social de las personas con enfermedad mental.

RED EUROPEA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL

Por último, a pesar de no formar parte de la estrategia de la UE, es importante mencionar la Red Europea de Promoción de la Salud Mental y Prevención de los Trastornos Mentales (IMHPA). Esta red fue impulsada con el apoyo económico de la Comisión Europea y el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña. Dispone de miembros colaboradores en 29 países europeos y pretende desarrollar una estrategia exhaustiva para abordar la prevención de la enfermedad mental y promoción de la salud mental empleando un enfoque integral que combina información, intervención, formación, desarrollo de políticas, promoción e implementación de programas, orientación etc., para el establecimiento de las prioridades políticas, con la difusión y diseminación de programas e instrumentos.

5.3 NIVEL NACIONAL:

En el nivel nacional nos encontramos con la reciente aprobación del Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del Reino de España (2013-2016), cuyo objetivo estratégico primero es *“Impulsar la inclusión sociolaboral a través del empleo de las personas más vulnerables”*, dentro de los grupos más vulnerables se encuentran las personas con discapacidad (si bien no se especifica en este plan el subgrupo de personas con discapacidad por enfermedad mental). Aparte de dicho plan nacional y de forma más específica, hemos de hablar de la Estrategia nacional de salud mental.

5.3.1 LOS PLANES NACIONALES DE ACCIÓN PARA LA INCLUSIÓN DEL REINO DE ESPAÑA (2001-2010)

Según la Fundación Luis Vives (2007: 71-75) podemos situar el origen de los PNAIn en el año 2001, fecha en que se aprueba el Primer plan nacional (2001-2003).

Los cinco PNAIn aprobados en nuestro país desde esa fecha (2001-2003, 2003-2005, 2005-2006, 2006-2008 y 2008-2010) han sido elaborados tomando como base la

Estrategia Europea por la Inclusión Social (cuyo origen se remonta a un año antes en la Estrategia de Lisboa. 2000).

Coincidiendo en 2010 con el año europeo de lucha contra la pobreza y la exclusión social, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad publicó el informe: “Los 10 años de los planes nacionales de acción para la inclusión social en el Reino de España”. En dicho informe, elaborado por el Centro de estudios económicos Tomillo se dice: “En general, las discapacidades generan dificultades en el quehacer cotidiano de quienes las sufren, afectando a sus posibilidades de acceso al empleo, a la educación y la formación, a la vivienda, a sus disponibilidades de renta, a su estado de salud y a su integración cultural y social.

Por ello, los Planes Nacionales de Acción para la Inclusión Social (PNAIn) españoles han intentado, desde sus orígenes, actuar en todos estos ámbitos con el fin de reducir el riesgo de exclusión de las personas con discapacidad y fomentar su inclusión social. Así, en materia de empleo, los planes han contenido como prioridad el desarrollo de actuaciones específicas de mejora de la intermediación laboral para trabajadores con discapacidad, que se han implementado mediante la puesta en marcha de nuevos modelos de coordinación INEM - IMSERSO y CCAA.

Asimismo, han apoyado la inserción laboral de las personas discapacitadas a través de programas financiados por el Fondo Social Europeo. En 2003 se aprobó el Plan Nacional de Accesibilidad (2004-2012), entre cuyas medidas destaca el incremento de la cuota de reserva de puestos de trabajo para personas con discapacidad, y en 2004 entró en vigor el Real Decreto 290/2004, por el que se regulan los enclaves laborales como medida de fomento del empleo de las personas con discapacidad”.

Una realidad que se repite en el recién actualizado III Plan nacional de inclusión social, y que ya se daba en los diferentes Planes nacionales (que abarcan el periodo 2001-2016) es que apenas se hace referencia a la inserción sociolaboral del colectivo de personas con enfermedad mental grave y duradera.

5.3.2 EL VI PLAN NACIONAL DE INCLUSIÓN SOCIAL DEL REINO DE ESPAÑA (2013-2016)

Como señalamos en la introducción de este capítulo, en el Plan Nacional de Inclusión Social actualmente en vigor, no se hace referencia explícita al colectivo de personas con enfermedad mental, como uno de los colectivos diana (denominados colectivos más vulnerables), así como actuaciones concretas referencias a su inserción sociolaboral.

Este Plan Nacional, cita expresamente a este colectivo para relacionarlo con las personas sin hogar, en concreto, en la Actuación 177 en la que se propone proporcionar alojamiento temporal a las personas sin hogar, se dice textualmente (página 75): *“para prevenir o paliar sus problemas de salud, especialmente la enfermedad mental, alcoholismo, adicciones y otros estados asociados a su situación”*. También en la actuación 130 se dice: *“Desarrollar mecanismos de colaboración entre los servicios sanitarios y sociales para, mediante el establecimiento de equipos multidisciplinares, prestar atención específica a personas sin hogar con alguna enfermedad mental e intervenir en asentamientos marginales”*.

En la página 31 de este Plan ya se indica que, según la Encuesta a Personas Sin Hogar 2012, el 16,6% presenta algún tipo de enfermedad mental.

Nos encontramos de nuevo otra referencia a las personas con enfermedad mental en el Objetivo estratégico 3:

—Garantizar la prestación de unos servicios básicos a toda la población enfocados de forma particular hacia los colectivos más desfavorecidos, especialmente el caso de servicios sociales, educación, sanidad, vivienda y sociedad de la información”,

En concreto en el objetivo operativo 9:

—Potenciar la eficacia y el acceso a los servicios sociales para mejorar la atención a las personas más vulnerables”,

Se desarrolla la actuación 81 de este objetivo operativo:

“Impulsar, en colaboración con las entidades del Tercer Sector de Acción Social, programas de urgencia social destinados a cubrir necesidades básicas de las personas en situación de pobreza y vulnerabilidad social”,

Tales como programas destinados a favorecer la salud mental de las personas más vulnerables desde el apoyo humano.

La siguiente referencia a las personas con enfermedad mental se encuentra en la actuación 128, en la que se propone:

—Promover, en el marco de la Estrategia Nacional de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, y con el objeto de reducir las desigualdades sociales en materia de salud, la coordinación de las actuaciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades de la infancia y la adolescencia, prestando especial atención a la población más vulnerable (estimulación precoz en menores de edad con discapacidad, familias de clases sociales desfavorecidas, con problemas de salud mental, menores extranjeros no acompañados y minorías étnicas”.

Una vez más ni rastro de la inserción sociolaboral del colectivo.

Tan solo en la Actuación 133, podemos atisbar alguna pequeña relación con nuestro objeto de estudio:

*—Apoyar a las entidades del Tercer Sector de Acción Social y realizar, en colaboración con ellas, programas de atención sanitaria -preventiva y asistencial- y **rehabilitación de personas pertenecientes a grupos vulnerables de población: personas privadas de libertad, drogodependientes, personas con enfermedad mental, enfermas de SIDA y otras enfermedades, personas sin hogar o población gitana, entre otros**”*

Pero sin hacer explícita la posibilidad de su inserción laboral o sociolaboral, ya que se habla de programas de atención asistencial, lo cual no indica 100% que se trate de programas de empleo.

5.3.3 ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD MENTAL (2009-2013)

El 11 de Diciembre de 2006 la Estrategia de Salud Mental (en adelante ESM) fue aprobada por unanimidad por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

La Estrategia se construye en torno al modelo de atención comunitaria a la salud mental y se fundamenta en la Ley General de Sanidad. La ESM, en consonancia con el Plan de Acción de Helsinki, incorpora la promoción de la salud mental, la erradicación del estigma y la discriminación, la prevención de la enfermedad mental y el suicidio, la mejora de la atención a la salud mental en la atención primaria, la atención comunitaria efectiva, las relaciones con otros sectores, la formación de los profesionales, la instauración de un sistema de información adecuado y la generación de un mayor conocimiento. Para abordar estas cuestiones, la ESM se sustenta sobre los principios de autonomía, continuidad, comprensividad, accesibilidad, equidad, recuperación personal, responsabilización y calidad y se compone de 5 líneas estratégicas que se articulan a través de diferentes objetivos generales.

Del total de estas 5 líneas estratégicas, tan solo la estrategia 2 incluye medidas destinadas a la inserción sociolaboral de las personas con enfermedad mental grave y duradera:

- La estrategia 1 hace referencia a la promoción de la salud mental de la población, la prevención de la enfermedad mental y la erradicación del estigma asociado a las personas con enfermedad mental.
- La estrategia 2 hace referencia a la atención a los trastornos mentales destacando de entre todos los siguientes aspectos relacionados con nuestro objeto de estudio: a) Mejora del acceso a todos los dispositivos o programas terapéuticos y rehabilitadores. b) Establecimiento de planes individualizados de atención y c) Empleo con Apoyo.
- La estrategia 3 hace referencia a la coordinación intrainstitucional e interinstitucional. Por lo tanto, busca promover la cooperación y la corresponsabilidad de todos los departamentos y agencias involucrados, así como potenciar la participación del colectivo.
- La estrategia 4 busca concretamente potenciar la formación de los y las profesionales del sistema sanitario para atender adecuadamente las necesidades de la población en materia de salud mental.

- Finalmente, la estrategia 5 hace referencia a la potenciación de la investigación en salud mental.

5.4 NIVEL REGIONAL:

Podemos situar en el Plan de atención social a personas con enfermedad grave y crónica de la Comunidad de Madrid (2003-2007) el origen de las acciones específicas para con nuestro colectivo objeto de estudio. Este Plan supuso, tal y como se indica en la introducción del III Plan de acción para personas con discapacidad de la Comunidad de Madrid, la organización y multiplicación de la atención social a las personas con enfermedad mental grave y duradera hasta conseguir unos niveles y ratios de atención muy elevados, creando una red de servicios sociales de excelencia que en 2011 contaba con 5.578 plazas y se ha convertido en el referente más importante en este ámbito en España.

Como veremos en el siguiente punto, antes, en 1999 ya se había aprobado el I Plan de Acción para Personas con Discapacidad.

5.4.1 EL III PLAN DE ACCIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID (2012-2015)

El actual III Plan de Acción para Personas con Discapacidad de la Comunidad de Madrid, (2012-2015), tiene sus orígenes en el I Plan de Acción para Personas con Discapacidad (1999-2002) y en el II Plan de Acción para Personas con Discapacidad (2005-2008), en este segundo se recogen los principios fundamentales de la LIONDAU.

Ya en la presentación de este III Plan autonómico (página 5) se indica.

—Una mención especial merece también la inclusión de un programa concreto de atención a personas con enfermedad mental grave y duradera, para integrar a las personas con enfermedad mental en el marco de las políticas de atención a la discapacidad”.

Durante dos años, el II Plan de Acción convivió con el Plan de Atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica de la Comunidad de Madrid 2003-2007. Este III Plan está plagado de referencias a los recursos y políticas que la Comunidad de Madrid, a través de la Consejería de Asuntos sociales, dispone en su red de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera. En las áreas de atención social y en el área de empleo se especifican todos los recursos existentes en la Comunidad para con este colectivo, lo cuales ofrecen 5.578 plazas (dato correspondiente al ejercicio 2011) en sus diferentes recursos: CRL, CRPS, Equipos de apoyo social comunitario, Pisos supervisados, Centros de día de soporte social, etc...

5.4.2 PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID (2010-2014)

Tal y como se indica en el actual III Plan de Acción para Personas con Discapacidad de la Comunidad de Madrid, (2012-2015), en su página 16, uno de los mayores logros del actual Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, es que desde su origen se ha tratado de reforzar de un modo especial, la coordinación y complementariedad desde la Red Sanitaria de Servicios de Salud Mental con la Red de atención social dependiente de la Consejería de Asuntos Sociales en relación a los adultos con trastorno mental grave, para asegurar una adecuada atención integral a las personas con enfermedad mental y a sus familias.

En el anexo 5 de este Plan de Salud Mental, se indican todos los recursos para el total de plazas ofertadas en la citada red pública de centros y recursos de atención social, a las personas con discapacidad de la Comunidad de Madrid cuando fue publicado dicho plan (5.350 en febrero de 2010). En la actualidad existen 5.919 plazas, según datos publicados por dicha Red en septiembre de 2014.

5.4.3 LOS PLANES ESTRATÉGICOS DE SALUD MENTAL DE LAS CC.AA

El primer hecho que debemos destacar, es que existen CC.AA donde sus planes estratégicos de salud mental no están vigentes o no han sido actualizados, tal es el caso

de: Andalucía, Aragón, Islas Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla- León, Castilla-La Mancha, Extremadura, Galicia y Valencia (es decir, en 10 de 17 CC.AA no existen planes de actuación a día de hoy).

Tal y como analizamos en el apartado 5.4.4, en casi todas las CC.AA existe algún recurso relacionado con la rehabilitación laboral, aunque, como hemos podido comprobar, existen 17 formas diferentes de abordar esta realidad.

Si estudiamos los planes estratégicos de salud mental de cada Comunidad Autónoma (en la mayoría de los casos sin actualizar) y analizamos la presencia de algunos conceptos relacionados con nuestro problema de investigación, tales como “laboral”, “inserción sociolaboral”, “inserción laboral”, “reinserción sociolaboral”, “integración sociolaboral”, “habilidades sociolaborales”, “Centros sociolaborales”, “reinserción laboral”, etc. podremos comprobar el diferente tratamiento que se da en cada CC.AA:

COMUNIDAD DE MADRID (ACTUALIZADO)

Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 de la Comunidad de Madrid (309 páginas)

Como hemos señalado repetidas veces a lo largo de esta tesis doctoral, el recurso de los CRL se enmarca en el Plan estratégico de esta CC.AA en el capítulo de Atención Social, en concreto en la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

PALABRAS CLAVE EN RELACIÓN A LA ESFERA LABORAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL:

- “itinerario” aparece en la página 101
- “ajuste sociolaboral” aparece en la página 294
- “inserción laboral” aparece en la página 122 y 294
- “laboral” aparece en páginas 23, 84, 85, 86, 92, 95, 122, 147, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 172, 173, 179, 208, 278, 282, 283, 294

- “inserción laboral” aparece en las páginas 122
- “integración laboral” aparece en páginas 116
- **“rehabilitación laboral”** aparece en las páginas 23, 92, 118, 119, 122, 289, 291, 294 y 309.

ANDALUCÍA (NO ACTUALIZADO)

II Plan integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012. (148 páginas)

En la página 51 se cita la existencia de 9 Unidades de Rehabilitación de Salud Mental (URSM). Las URSM tienen por objeto la recuperación de habilidades sociales y la reinserción social y laboral,

PALABRAS CLAVE EN RELACIÓN A LA ESFERA LABORAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL:

En la página 58-59-60-93 se habla del programa ocupacional-laboral, el cual promueve la inserción laboral a través del ejercicio de distintos niveles de actividad productiva:

- “laboral” aparece en las páginas 84, 87, 98, 99, 104, 107
- “inserción laboral” aparece en las páginas 58 y 122.
- **“integración laboral”** aparece en páginas 22, 46, 98, 104
- “rehabilitación” aparece asociada a rehabilitación mental, no laboral

ARAGÓN (NO ACTUALIZADO)

Plan estratégico 2002-2010 de atención a la salud mental de la Comunidad Autónoma de Aragón, (154 páginas)

- “itinerario” aparece en las páginas 33, (“La rehabilitación como filosofía de fondo de la asistencia en salud mental y como itinerario flexible e individualizado de cada paciente, que se nutre de recursos procedentes tanto del ámbito sanitario como de los servicios sociales”), página 34 (“Los equipos de gestión y seguimiento de casos deben velar por la inclusión en los itinerarios individualizados de inserción de los recursos de apoyo social y comunitario y evitar o minimizar el desarraigo de los pacientes”) y

página 115, dentro de la cartera de servicios (Centro Especiales de Empleo, Itinerario individualizado de inserción laboral y Acompañamiento al empleo”).

PALABRAS CLAVE EN RELACIÓN A LA ESFERA LABORAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL:

- “laboral” aparece en las páginas 13, 35, 36, 50, 61, 72, 75, 76, 84, 114, 117
- **“inserción sociolaboral”** aparece en páginas 11, 18, 20, 28, 31, 42, 54, 85, 87
- “inserción laboral” aparece en las páginas 12, 35 y 57
- “reinserción sociolaboral” aparece en 58, 63 y 118
- “integración sociolaboral” en 35 y 119
- “habilidades sociolaborales” en página 125
- “Centros sociolaborales” en 146
- “reinserción laboral” en páginas 50, 55, 60 y 85
- “rehabilitación sociolaboral” aparece en páginas 11, 15 (la palabra rehabilitación aparece decenas de veces, pero como rehabilitación psicosocial, no laboral)

ASTURIAS (ACTUALIZADO)

[El Plan de salud mental del Principado de Asturias \(2011-2016\) \(215 páginas\)](#)

La unidad de Coordinación de Salud Mental en Servicios Centrales del SESPA es el órgano para la cohesión entre las distintas áreas sanitarias, con responsabilidad en materia de apoyo a la reinserción socio-laboral.

PALABRAS CLAVE EN RELACIÓN A LA ESFERA LABORAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL:

- “itinerario” 53, 126, 168, 200
- “laboral” 20, 35, 101, 124, 125, 179, 180, 184, 189
- “inserción sociolaboral” aparece en páginas 11, 53, 94
- “inserción laboral” aparece en las páginas 53, 96, 125, 126, 181
- “reinserción sociolaboral” aparece en 31, 112, 118 y 168
- “integración sociolaboral” 12, 51, 52, 122, 126, 167 y 200

- “integración laboral” en página 124
- “rehabilitación” aparece asociada a rehabilitación psicosocial, social, rehabilitación y reinserción social, pero no como rehabilitación laboral

ISLAS BALEARES (NO ACTUALIZADO)

Estrategia de salud mental de Islas Baleares 2006 **(EN CATALÁN)** (130 páginas)

Unidades comunitarias de rehabilitación: Son dispositivos que ofrecen, en régimen ambulatorio, programas de rehabilitación psicosocial a personas con trastorno mental grave y persistente mayores de 18 años con dificultades de integración social, familiar o laboral. Entre sus funciones están: a) Desarrollar programas de rehabilitación e inserción para conseguir la máxima integración social con trastorno mental grave, b) Apoyar a los programas y dispositivos ocupacionales, de integración laboral, de alojamiento comunitario y de ocio y tiempo libre.

CANARIAS (ACTUALIZADO)

III Plan de salud de Canarias (2010-2015) (44 páginas)

PALABRAS CLAVE EN RELACIÓN A LA ESFERA LABORAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL:

- “laboral” aparece en páginas 7,9 y 30

CANTABRIA (NO ACTUALIZADO)

Es la única Comunidad Autónoma que no tiene Plan Regional de Salud Mental. Tuvo Plan Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Cantabria 1998-2000

El recurso para la rehabilitación laboral de las personas con enfermedad mental de Cantabria es el Programa Inicia, destinado a prestar orientación y apoyo a la inserción sociolaboral de personas con Trastorno mental grave. Es un servicio concertado con el Gobierno de Cantabria, que cuenta para su ejecución con tres entidades con experiencia

en el tratamiento de personas con enfermedad mental y en el campo de la rehabilitación profesional: AMICA, ASCASAM y CENTRO HOSPITALARIO PADRE MENNI.

CASTILLA-LEÓN (NO ACTUALIZADO)

[Estrategia Regional en Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en Castilla y León \(2003-2007\) \(151 páginas\)](#)

PALABRAS CLAVE EN RELACIÓN A LA ESFERA LABORAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL:

- “itinerario” aparece en páginas 80 (itinerarios individualizados)
- “laboral” aparece en páginas 3, 6, 12, 25, 34, 35, 45, 69, 72, 85, 98, 121, 123, 125, 128
- “inserción sociolaboral” aparece en páginas
- “inserción laboral” aparece en las páginas 3, 25, 125, 128
- “reinserción sociolaboral” aparece en páginas 32
- “integración sociolaboral” aparece en páginas 128, 134
- “integración laboral” aparece en páginas 3, 6, 25, 35, 69, 85, 121, 123, 128
- “rehabilitación laboral” aparece en páginas 6, 85, (la palabra rehabilitación aparece decenas de veces, pero como rehabilitación psicosocial, no laboral)

CASTILLA-LA MANCHA (NO ACTUALIZADO)

[Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2005-2010 \(192 páginas\)](#)

PALABRAS CLAVE EN RELACIÓN A LA ESFERA LABORAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL:

- “itinerario” aparece en páginas 66 (itinerario personalizados), 74 (itinerarios individualizados) y 106 (itinerarios formativos)
- “laboral” aparece en páginas 3, 13, 16, 30, 32, 92, 124, 130,
- “inserción sociolaboral” aparece en páginas 61, 105,
- “inserción laboral” aparece en las páginas 62, 75,
- “reinserción sociolaboral” aparece en páginas 73, 96,
- “reinserción laboral” aparece en páginas 72,

- “integración sociolaboral” aparece en páginas 3, 22, 144,
- “integración laboral” aparece en páginas 30, 32, 33, 66, 67, 72, 73, 74, 87, 105, 106,
- “rehabilitación laboral” aparece en páginas 3, 11, 13, 17, 18, 22, 27, 30, 32, 33, 60, 62, 66, 67, 69, 71, 72, 74, 90, 96, 99, 104, 105, 106, 108, 146,

CATALUÑA (ACTUALIZADO)

[Plan Director de salud mental y adicciones \(164 páginas\)](#)

PALABRAS CLAVE EN RELACIÓN A LA ESFERA LABORAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL:

- “laboral” aparece en páginas 16, 35, 52, 68, 78, 83, 88, 91, 97, 99, 104, 112, 114, 116, 117, 121, 122, 150, y 151
- “ámbito sociolaboral” aparece en página 121
- “inserción laboral” aparece en las páginas 16, 117 y 122
- “reinserción sociolaboral” aparece en páginas 117

EXTREMADURA (NO ACTUALIZADO)

[II Plan Integral de Salud Mental 2007-2012 \(221 páginas\)](#)

PALABRAS CLAVE EN RELACIÓN A LA ESFERA LABORAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL:

- “laboral” aparece en páginas 7, 12, 16, 32, 48, 52, 53, 61, 65, 66, 71, 72, 76, 82, 84, 90, 95, 96, 105, 106, 107, 142, 145, 147, 148, 171, 172, 181, y 194
- “inserción laboral” aparece en las páginas 32, 76, 82, 84, 105, y 106
- “integración laboral” aparece en páginas 171 y 172
- “rehabilitación laboral” aparece en páginas 65, 76, 105, 106, 142, 145 y 148

GALICIA (NO ACTUALIZADO)

[Plan Estratégico de Salud Mental de Galicia 2006-2011 \(123 páginas\)](#)

PALABRAS CLAVE EN RELACIÓN A LA ESFERA LABORAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL:

- “laboral” aparece en páginas 132, 145, 151, 159, 162, 186, 191, 192, 194, 198, 212, 218, 221, 229 y 231
- “reinserción laboral” aparece en páginas 151
- “integración sociolaboral” aparece en páginas
- “integración laboral” aparece en páginas 159 y 192

LA RIOJA (ACTUALIZADO)

[Plan de Salud Mental de La Rioja 2010-2015 \(73 páginas\)](#)

PALABRAS CLAVE EN RELACIÓN A LA ESFERA LABORAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL:

- “laboral” aparece en páginas 3, 4, 5, 6, 11, 34, 42, 50, 65 y 70
- “reinserción sociolaboral” aparece en páginas 6 y 70

MURCIA (ACTUALIZADO)

[Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 2010-2013 \(150 páginas\)](#)

PALABRAS CLAVE EN RELACIÓN A LA ESFERA LABORAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL:

- “laboral” aparece en páginas 8, 14, 21, 28, 31, 32, 42, 43, 60, 61, 65, 67, 70, 76, 78, 79, 85, 86, 94, 96, 97, 100, 128, 129, 141, 142, 143, 144 y 149
- “inserción sociolaboral” aparece en páginas 32 y 60
- “inserción laboral” aparece en las páginas 70, 96 y 149
- “reinserción sociolaboral” aparece en página 86
- “integración sociolaboral” aparece en página 100
- “integración laboral” aparece en páginas 76, 78 y 97

NAVARRA (ACTUALIZADO)

[Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016 \(241 páginas\)](#)

PALABRAS CLAVE EN RELACIÓN A LA ESFERA LABORAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL:

- “laboral” aparece en páginas 15, 16, 22, 39, 44, 46, 54, 63, 75, 92, 101, 104, 118, 119, 138, 142, 170, 235, 236 y 240
- “inserción laboral” aparece en la página 46
- “integración laboral” aparece en página 22
- “rehabilitación laboral” aparece en páginas 63 y 101

PAÍS VASCO (ACTUALIZADO)

[Estrategia en Salud Mental de la C. A. País Vasco 2010 \(76 páginas\)](#)

PALABRAS CLAVE EN RELACIÓN A LA ESFERA LABORAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL:

- “itinerario” aparece en páginas 69 y 73 (referido a itinerario formativo).
- “laboral” aparece en páginas 11, 23, 39, 41, y 53
- “inserción sociolaboral” aparece en página 23 e “inserción laboral” aparece en la página 11

VALENCIA (NO ACTUALIZADO)

[Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la C. Valenciana 2001 \(104 páginas\)](#)

PALABRAS CLAVE EN RELACIÓN A LA ESFERA LABORAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL:

- “laboral” aparece en páginas 9, 25, 51, 59, 72, 76, 78, 86 y 87 y “reinserción laboral” aparece en página 25

**TABLA 2. ANÁLISIS COMPARATIVO PLAN ESTRATÉGICO,
VIGENCIA DEL PLAN Y TIPO DE GESTIÓN SEGÚN
COMUNIDADES AUTÓNOMAS**

CC.AA	PLAN ESTRATÉGICO	VIGENCIA PLAN ESTRATÉGICO 2014	TIPO DE GESTIÓN
ANDALUCÍA	Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012	NO	Ocupacional: FAISEM (PÚBLICA) Laboral: Grupo IDEA
ARAGÓN	Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental de la C.A. de Aragón	NO	SIN DATOS
ASTURIAS	Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2011-2016	SI	Ocupacional: AFESA (CONCERTADA) Laboral: AFESA (CONCERTADA)
CANARIAS	III Plan de salud de Canarias (2010-2015)	NO	Ocupacional: IASS, AFAES Y Asociación el cribro (MIXTO) Laboral: AFAES (MIXTO)
CANTABRIA	Plan de salud (2013-2018). Estrategia de salud mental	NO	Ocupacional: Proyecto INICIA (AMICA, Padre Menni y ASCASAM). CONCERTADO FEAFES Y Fundación AFIM Laboral: Proyecto INICIA (AMICA, Padre Menni y SCASAM).
CASTILLA - LA MANCHA	Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2005-2010	NO	Ocupacional: CRPSL (CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSEJERÍA DE TRABAJO Y FEAFES (CONCERTADA) Laboral: ---
CASTILLA-LEÓN	Estrategia Regional en Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en Castilla y León (2003-2007)	NO	Ocupacional: CONVENIO FEAFES Y JUNTA Laboral: FEAFES Y FUNDACIÓN INTRASS
CATALUÑA	Plan Integral de Atención a las Personas con trastornos mentales y adicciones	SI	Ocupacional: CONCERTADA (Departamento de Bienestar social. Gobierno de Cataluña) Laboral: CET (Centro especial de trabajo)

EXTREMADURA	Plan integral de salud mental de Extremadura (2007-2012)	NO	Ocupacional: FEAFES Y SORAPÁN DE RIEROS (PRIVADA). Financiados por el SEPAD Laboral: Fundación AEMIS Financiados por el SEPAD
GALICIA	Plan Estratégico de Salud Mental de Galicia 2006-2011	NO	Ocupacional: FEAFES GALICIA CONSEJERÍA TRABAJO Y BIENESTAR SOCIAL (CONCERTADA) Laboral: FEAFES GALICIA
ISLAS BALEARES	Estrategia de Salud Mental de las Illes Balears 2006	NO	Ocupacional: 3 ASOCIACIONES FAMILIARES y CONSEJERÍA DE SALUD Laboral: ASOCIACIÓN GIRASOL Y COORDINADORA MINUSVÁLIDOS DE MENORCA (CONCERTADOS)
LA RIOJA	Plan de Salud Mental de La Rioja 2010-2015	SI	Ocupacional: CONCERTADA Laboral: PRIVADA
MADRID	Plan estratégico de salud mental de la Comunidad de Madrid (2010-2014)	SI	Ocupacional: CONCERTADA Laboral: CONCERTADA
MURCIA	Plan de salud mental de la Región de Murcia (2010-2013)	SI	Ocupacional: CONCERTADA Laboral: CONVENIO FEAFES FUNDACIÓN MAPFRE Y KONECTA Y ASOCIACIÓN ISOL
NAVARRA	Plan estratégico de salud mental de Navarra (2012-2016)	SI	Ocupacional: ELKARKIDE, S.L (SUBVENCIÓN ANUAL) Laboral: ELKARKIDE, S.L
PAÍS VASCO	Estrategia en Salud Mental de la C. A. País Vasco 2010	SI	Ocupacional: CONCERTADA Laboral: Asociación EHLABE (Centros de empleo protegido)
VALENCIA	Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la C. Valenciana 2001	NO	Ocupacional: CRIS (Consejería de sanidad y Consejería de Bienestar social) Laboral: ---

Como podemos observar, la mayoría de CCAA tienen un tipo de gestión concertada en sus centros de carácter laboral, siendo las modalidades pública y privada (La Rioja y Andalucía) residuales respecto de la fórmula del concierto/convenio. Además en alguna Comunidad Autónoma, como es el caso de Extremadura, la fórmula es la subvención a través del SEPAD.

En cuanto a la tipología de centros, los Centros Especiales de Empleo (CEE) suelen ser el canal de contratación directa para este colectivo, a diferencia de la propia Comunidad de Madrid (CRL), la Comunidad valenciana (CRIS), Galicia y Castilla-La Mancha (CRPSL), etc.

Es muy importante tener claro en este punto, que no todos los centros ofrecen los mismos servicios ni poseen los mismos equipos de profesionales, así un Centro Especial de Empleo (CEE) poco tiene que ver con un Centro de Rehabilitación Laboral (CRL). En el primer caso estamos ante una empresa y en el segundo ante un centro de atención, en el primer caso es la subvención para ciertos costes sumada a la financiación propia por los servicios prestados a otras empresas y en el segundo la financiación proviene del concierto con la Administración regional.

Aparte de los datos ofrecidos en esta tabla, si nos fijamos en otros indicadores como puede ser la tasa de paro o la renta per cápita, comprobamos que la media de tasa de paro (EPA, tercer trimestre de 2014) de las 7 Comunidades Autónomas que tienen actualizados sus planes estratégicos de salud mental, entre los que se encuentran las medidas y recursos de tipo laboral para el colectivo es de 18,74%. Sin embargo, la media entre las 10 CC.AA que no tienen actualizados sus planes de salud mental asciende a un 24,32%.

Otro dato curioso, referido a la contabilidad regional (PIB per cápita) por Comunidades Autónomas, es que la media de las 7 CC.AA que tienen actualizado su plan estratégico es de 25.942 €, mientras que la media de las 10 CC.AA que no tienen actualizado su plan es de 20.486 €.

TABLA 3. ANÁLISIS COMPARATIVO PLAN ESTRATÉGICO Y TÉRMINOS USADOS EN EL MISMO SEGÚN COMUNIDADES AUTÓNOMAS

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	PLAN ESTRATÉGICO	LABORAL	INSERCIÓN LABORAL	INSERCIÓN SOCIOLABORAL	REINSERCIÓN LABORAL	REINSERCIÓN SOCIOLABORAL	INTEGRACIÓN LABORAL	INTEGRACIÓN SOCIOLABORAL	ITINERARIO	REHABILITACIÓN	REHABILITACIÓN LABORAL
ANDALUCÍA	Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012	6	2	---	---	---	4	---	---	1	---
ARAGÓN	Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental de la C.A. de Aragón	11	3	9	---	3	---	2	---	---	2
ASTURIAS	Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2011-2016	9	5	3	---	4	1	7	4	1	---
CANARIAS	III Plan de salud de Canarias (2010-2015)	3	---	---	---	---	---	---	---	---	---
CANTABRIA	Plan de salud (2013-2018). Estrategia de salud mental	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---

CASTILLA - LA MANCHA	Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2005-2010	8	2	2	1	2	11	3	3	---	26
CASTILLA-LEÓN	Estrategia Regional en Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en Castilla y León (2003-2007)	15	4	---	---	1	9	2	1	2	---
CATALUÑA	Plan Integral de Atención a las Personas con trastornos mentales y adicciones	19	3	---	---	2	---	---	---	---	---
EXTREMADURA	Plan integral de salud mental de Extremadura (2007-2012)	29	6	---	---	---	2	---	---	---	7
GALICIA	Plan Estratégico de Salud Mental de Galicia 2006-2011	15	---	---	1	---	2	---	---	---	1
ISLAS BALEARES	Estrategia de Salud Mental de las Illes Balears 2006	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
LA RIOJA	Plan de Salud Mental de La Rioja 2010-2015	10	---	---	---	2	---	---	---	---	---

MADRID	Plan estratégico de salud mental de la Comunidad de Madrid (2010-2014)	22	2	1	---	---	1	---	1	---	9
MURCIA	Plan de salud mental de la Región de Murcia (2010- 2013)	29	3	2	---	1	3	1	---	---	---
NAVARRA	Plan estratégico de salud mental de Navarra (2012-2016)	20	1	---	---	---	1	---	---	---	1
PAÍS VASCO	Estrategia en Salud Mental de la C. A. País Vasco 2010	5	1	1	---	---	---	---	2	---	---
VALENCIA	Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la C. Valenciana 2001	9	---	---	1	---	---	---	---	---	---

CONCLUSIONES EN RELACIÓN AL ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS DIFERENTES PLANES ESTRATÉGICOS Y TÉRMINOS USADOS EN LOS MISMOS SEGÚN CC.AA

Como habíamos señalado anteriormente, existen 7 Comunidades Autónomas que tienen actualizado su plan estratégico de Salud Mental y 10 que trabajan con un plan estratégico sin actualizar.

Asimismo, no todos los Planes hacen referencia por igual al término *Rehabilitación Laboral*, objeto de la investigación que nos ocupa. De hecho, tan sólo 6 CC.AA: Aragón, Madrid, Extremadura, Galicia, Castilla-La Mancha y Navarra hacen explícito en sus planes estratégicos sobre Salud Mental dicho concepto. Asturias, Andalucía y Castilla-León también citan expresamente el concreto de rehabilitación, pero referida al campo psicosocial y no laboral.

El término *itinerario*, concepto básico en la rehabilitación laboral de las personas con enfermedad mental es utilizado en los planes estratégicos de: Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Madrid y País Vasco.

El término *laboral e inserción laboral* si aparece de forma más o menos generalizada en todos los planes estratégicos.

Otros términos usados en los planes estratégicos autonómicos son: *inserción sociolaboral, reinserción laboral, reinserción sociolaboral, integración laboral e integración sociolaboral*.

Como hemos podido comprobar en este apartado, existen 17 Planes estratégicos diferentes con objetivos, líneas de actuación, actuaciones, cronogramas y evaluaciones muy diferentes entre sí, de modo que en este marco estratégico también comprobamos el auténtico galimatías existente en nuestro país a la hora de articular las líneas de acción de los agentes implicados en ellos, hasta el punto que ni siquiera existe uniformidad en cuanto a los términos para referirnos a la inserción sociolaboral de las personas con enfermedad mental grave.

5.4.4 ANÁLISIS COMPARATIVO DEL RECURSO EN RELACIÓN A OTRAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Antes de desarrollar este capítulo, queremos dejar constancia que es francamente difícil tratar de comparar recursos que poco tienen que ver entre sí, y que difieren en su estructura (CEE, CRL, CRIS, CPRS, etc.), composición (equipos de trabajo que incorporan preparadores laborales y técnicos de apoyo a la inserción laboral a tiempo completo frente a otros que dedican algunas horas semanales a la inserción), formas de financiación (convenios, contratos, subvenciones) y, en definitiva, en sus objetivos (empleo directo frente a itinerarios de inserción laboral).

Son muchas las limitaciones encontradas en la redacción de este capítulo:

- La escasez de información sobre algunas cuestiones (sobre todo en cuanto a datos de inserción laboral, etc.).
- La imposibilidad de poder ofrecer una información uniforme de todas las Comunidades Autónomas a pesar del esfuerzo.
- El abanico de entidades que ofrecen servicios de rehabilitación de muy diferente naturaleza y recursos.
- Las limitaciones económicas propias de una investigación, que no cuenta con recursos económicos propios, para poder hacer un amplio trabajo de campo cuantitativo que nos permita ir más allá de la mera investigación documental en este estudio comparado, más allá de los datos ofrecidos por la Comunidad de Madrid.

A pesar de estas limitaciones, esta tesis doctoral pretende poner de manifiesto el gran abanico de recursos de rehabilitación laboral existentes en nuestro país, tratando de dar una imagen lo más amplia posible del estado de la cuestión en esta materia, por lo que no queremos renunciar a la oportunidad de reunir en un mismo texto, el análisis de los diferentes recursos ofrecidos por las 17 Comunidades Autónomas, y pretendemos que ello constituya un acercamiento a esta realidad de la forma más honesta posible.

Hemos de comenzar diciendo que según el Observatorio español de rehabilitación psicosocial (Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial),

solamente 5 CC.AA ofrecen servicios de rehabilitación laboral. Estas Comunidades Autónomas son: Andalucía, Castilla- La Mancha, Cataluña, Comunidad de Madrid y Galicia. Para realizar un mejor análisis de los recursos que ofrecen dichas CCAA, nos centraremos en analizar, en la medida de lo posible, los siguientes aspectos:

- Denominación del recurso
- Desarrollo histórico del mismo
- Normativa autonómica
- Equipo profesional
- Forma de acceso al recurso
- Tipología de servicios
- Características sociodemográficas de las personas atendidas
- Datos de inserción
- Existencia de itinerarios

En primer lugar analizaremos las 5 CCAA que poseen, según el Observatorio español de rehabilitación psicosocial de FEAFES, centros de rehabilitación laboral, esto es: Andalucía, Castilla- La Mancha, Cataluña, Comunidad de Madrid y Galicia:

5.4.4.1 ANDALUCÍA

DENOMINACIÓN DEL RECURSO:

El modelo de rehabilitación laboral de la Comunidad Autónoma de Andalucía se desarrolla a través del denominado “Programa ocupacional laboral de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental” (FAISEM).

NORMATIVA AUTONÓMICA:

- DECRETO 338/1988, de 20 de diciembre de 1988, de ordenación de los Servicios de Atención a la Salud Mental, Consejería de Salud y Servicios Sociales, BOJA 10-01-1989.

- PROPOSICIÓN NO DE LEY 11/93, por la que se crea la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental.
- DECRETO 77/2008, de 4 de Marzo, de ordenación administrativa y funcional de los Servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud.

DESARROLLO HISTÓRICO:

En dicho programa se especifica que:

—En Andalucía, la atención a las personas con trastornos mentales graves se desarrolla en los servicios sanitarios y sociales, de base y orientación comunitaria, y en una red específica de recursos de apoyo social complementarios tanto de los sanitarios como de los servicios sociales generales, de empleo y educación que gestiona la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM). A instancias del Parlamento de Andalucía FAISEM se crea, en 1993. (...).

Desde su creación, FAISEM ha ido consolidando una red de recursos de apoyo social, en su mayor parte de gestión directa y también a través de Convenios de Colaboración con distintas instituciones, en la que desempeñan su actividad profesional un total de 795 personas (Plantilla media en 2007)”

(Fondo Social Europeo y Junta de Andalucía, 2007: 155)

FORMA DE ACCESO AL RECURSO:

—El conjunto de actuaciones y servicios se desarrollan en coordinación con las redes generales de servicios sanitarios y sociales, y a ellos se accede a través de los servicios de salud mental del Sistema Sanitario Público de Andalucía y de los Servicios de Igualdad y Bienestar Social. Uno de los programas que gestiona y desarrolla FAISEM, es el Ocupacional e Inserción laboral”

(Fondo Social Europeo y Junta de Andalucía, 2007: 155).

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS:

Para la elaboración del II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía, el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SISMA) elaboró un análisis de datos sobre aquellas

personas que cumplieran con los criterios diagnósticos de trastorno mental grave y que fueron atendidas en 2006 por los equipos de salud mental (en concreto 29275 personas).

Si nos detenemos en estos datos, que son anteriores a nuestro periodo de estudio (2008-2012), ya que pertenecen a 2006, podremos comprobar las grandes diferencias existentes con los datos analizados obtenidos de las Memorias de todos los CRL, por ejemplo:

- En el caso andaluz, cerca del 90% de los mismos no tienen empleo (resultados obtenidos en estudios puntuales en zonas mayoritariamente urbanas de Sevilla y Málaga, coincidentes además con diversos datos internacionales), en el caso de las personas de los CRL de la Comunidad de Madrid, este porcentaje es del 52,86% (promedio del total de 16 CRL en el que la situación laboral de la persona es la de “parado/a”).
- Sin embargo, parece que solamente en torno a un 30% de dichos pacientes no han tenido nunca una experiencia de empleo (misma fuente que el dato anterior), siendo en el caso de los CRL en torno al 10% (un 90% si ha tenido alguna experiencia laboral previa antes de ingresar en dicho centro).

Como se señala en el informe anteriormente citado:

—Los programas y dispositivos incluibles en el marco ocupacional-laboral desarrollados por FAISEM, han registrado un importante crecimiento, mejorando considerablemente una situación inicialmente muy atrasada y modificándose parcialmente sobre la marcha algunos de los planteamientos iniciales. A este respecto hay que señalar, por su especial significación, el papel desempeñado, tanto en el inicio del proceso como en el desarrollo de algunos de sus principales componentes, por la cooperación internacional en el marco de algunas iniciativas europeas”

(Fondo Social Europeo y Junta de Andalucía, 2007: 158).

TIPOLOGÍA DE CENTROS

Según esta misma fuente, se establecen diferentes recursos según la fase de implementación en la que se encuentre dicho Programa ocupacional-laboral. En una primera fase se definieron 5 tipos de recursos: Talleres Polivalentes, Centros Ocupacionales, Cursos de Formación profesional, Proyectos de formación orientados a

crear empresas y Empresas sociales (adaptadas a los requisitos legales de calificación como Centro Especial de Empleo).

Como podemos comprobar, una vez más, el todo es más que la suma de las partes, sobre todo tratándose de un colectivo que necesita de una intervención integral. En esta primera fase de implementación del modelo andaluz, debemos considerar que se trata de una suma de programas gestionados y desarrollados por diferentes entidades, con diferente personalidad jurídica en diferentes espacios. Hablamos de recursos en ocasiones escasamente adaptados al colectivo; sirva como ejemplo el caso de la asistencia de un enfermo mental a cursos de formación profesional, existen altas probabilidades que esa persona sea excluida en el grupo, si no se dan una serie de adaptaciones previas para facilitar su inclusión en el mismo.

Este mismo informe se hace eco de las dificultades y problemas que acarrea ofertar recursos incluidos como parte o fases de los itinerarios y de tan variopinta procedencia:

—El desarrollo efectivo del programa durante estos primeros años (1994-1999) introdujo de hecho algunas modificaciones parciales en el esquema, al centrarse básicamente en tres grandes tipos de actuaciones: a) la generación de una red de Talleres y Centros Ocupacionales, b) el desarrollo de cursos específicos de formación profesional, c) y la creación y consolidación de empresas sociales como mecanismo específico para la generación de empleo estable para algunas personas, a la vez que instrumento para favorecer cambios de mentalidad a más largo plazo en los distintos agentes implicados en este tipo de programas. (...). Posteriormente, en el año 2000, se intentaron extraer algunas consecuencias de la experiencia acumulada, empezando por un análisis crítico de las dificultades encontradas y que se pretendían superar, análisis que, pese al tiempo transcurrido y a la superación al menos parcial de algunas de ellas, merece la pena recordar. A ese respecto se hacía hincapié en: la relativa insuficiencia de medios económicos destinados a este sector, la rigidez e inadecuación de la normativa legal que regulaba algunas actividades (cursos de formación y los programas europeos, figura legal de “Centro Especial de Empleo”, problema de las pensiones), que solo parcialmente habían podido paliarse desde las distintas Administraciones, la escasa o nula experiencia de trabajo en este campo de la que partíamos (nula en nuestro caso, porque nunca se había hecho, pero escasa en cualquier caso en los entornos profesionales en que podíamos movernos), y, la escasa atención dedicada a actividades de evaluación e investigación, absorbido el tiempo por el esfuerzo de poner en marcha y mantener los programas de intervención”

(Fondo Social Europeo y Junta de Andalucía, 2007: 159).

Una vez identificados los errores cometidos, en dicho informe se establecen las consecuencias derivadas de los mismos:

—Dificultades que se estimaba habían dejado huellas en el trabajo desarrollado, tanto en lo relativo al número y distribución territorial de las actuaciones y recursos generados, cuanto en su funcionamiento habitual. Así, en el primero de estos aspectos se valoraba negativamente: la relativa escasez de plazas en general, si utilizamos como referente la cifra de potenciales personas y usuarias de estos programas. el hecho de que dicha escasez afectaba de manera más evidente a los programas de empleo en sentido estricto, limitados además a empresas específicas, con escasas repercusiones constatables sobre el mercado laboral general, y, las diferencias interprovinciales que todavía subsistían. Dificultades —cuantitativas— a las que se añadían otras de índole funcional, constatables en la situación, aunque sin un claro perfil cuantitativo al respecto:

- *Las que afectan de manera diferencial a cada uno de los tipos de dispositivos y programas desarrollados, como eran:*
 - *la disparidad de funcionamiento de los Talleres, cuyo desarrollo práctico ha ido generando, bajo idéntica denominación, espacios muy diferentes, desde el ocio a la actividad ocupacional, pasando por —centros de día—,*
 - *la , en general, relativamente baja utilidad de los cursos de formación, para impulsar por si sola el acceso al empleo de sus personas; baja utilidad que contrasta con la de lo que hemos denominado —proyectos formativos—, de mayor duración y específicamente orientados a crear empresas sociales,*
 - *o las dificultades encontradas por bastantes personas y usuarias para, obtenido un empleo en una empresa social, mantenerlo durante un tiempo prolongado (además de las dificultades de supervivencia de las empresas);*
- *las dificultades y carencias de coordinación entre distintas actividades dentro del programa y entre casi todas ellas (en conjunto y por separado) con las intervenciones sanitarias, especialmente las de rehabilitación*
- *la ausencia de estructuras de evaluación, orientación y apoyo.*

Sin olvidar que, pese a estas carencias, la situación del programa era ya en esa fecha considerablemente más avanzada que la inicial y que la existente hasta el momento en otros territorios del Estado, la situación aconsejaba un replanteamiento del programa, redefiniendo algunas actividades y enmarcándolas en un diseño general algo diferente, que permitiese optimizar los recursos existentes y la energía potencial de la que ya se empezaba a disponer. (...). Proceso para el que se definió una tipología de dispositivos e intervenciones algo diferente, diversificando algunos de los anteriormente definidos, abriendo una vía de integración en el denominado —mercado ordinario— e introduciendo una estructura de coordinación, los llamados Servicios Provinciales de Orientación y Apoyo al Empleo. Aunque todo ello necesitaría una información cuantitativamente más precisa, tenemos la impresión de que se producen, en demasiadas ocasiones, procesos no muy adecuados como son, entre otros, la falta de programas de rehabilitación

previos y/o coincidentes con los de integración laboral, o el aislamiento de las personas en cada uno de los programas, que funcionan entonces más como –lugar de depósito” que como escalón en un itinerario personal. Sin olvidar las ocasiones en que no ha sido posible completar las plazas disponibles, para un taller o un Curso de Formación profesional, por la escasa o nula derivación de personas desde los Servicios de salud mental.”

(Fondo Social Europeo y Junta de Andalucía, 2007: 160).

Volviendo al modelo FAISEM, Las previsiones de desarrollo del programa, aun habiendo identificado muchas de las causas que inhiben su buen funcionamiento, siguen sin atacar el eje fundamental, que a nuestro juicio, consiste en establecer un programa integral de acciones que se desarrollen a ser posible en un mismo espacio y por una misma entidad, así la tipología de dispositivos del mismo sigue siendo:

- **“TALLERES POLIVALENTES**, con funcionamiento similar al de un –Centro de Día”, estrechamente vinculado a los Equipos de Salud Mental de Distritos preferentemente rurales (alejados de las Unidades de Rehabilitación)
- **TALLERES OCUPACIONALES**, dirigidos a facilitar el uso del tiempo y la organización de la vida cotidiana de personas con más dificultades de movilización (de distinta temporalidad) a partir de actividades con una cierta orientación productiva. **Su riesgo fundamental es la “institucionalización” de las personas que atienden** por lo que precisan medidas preventivas al respecto (rotación de personal, actividades y personas y usuarias, además de la coordinación desde el correspondiente Servicio Provincial de Orientación y Apoyo al Empleo y la cercanía a/de los servicios de salud mental).
- **CENTROS OCUPACIONALES**, orientados más claramente a la producción y si es posible la venta de productos, **aunque no permitan la autosuficiencia económica, ni, por lo tanto, la contratación laboral de las personas**. Tanto por razones económicas como de funcionalidad en la integración, exigirían una mayor conexión con las Empresas Sociales, de cara a permitir la mayor movilidad posible de las personas y usuarias, la continuidad de actividades productivas, así como un contexto de mayor valoración social y atractivo personal para aquellos. Medida que puede contribuir a contrarrestar el riesgo de –institucionalismo” que conllevan y que debe ser complementada con el control de un no menos importante riesgo de –explotación” de las personas.
- **CURSOS DE FORMACION GENERAL Y COMPENSATORIA**, dirigidos a compensar las carencias del proceso formativo previo de una parte importante de las personas. Actividades que deben basarse en los programas existentes en el ámbito de la administración educativa (educación de adultos, programas de garantía social, etc.), incluyendo medidas preventivas en niños y adolescentes en riesgo, adaptándolos a las peculiaridades de nuestro colectivo.

- **CURSOS DE FORMACION PROFESIONAL**, actividades formativas de corta y media duración (inferior al año), *que deben dirigirse de manera clara a la capacitación para obtener un empleo, en el sentido de: situarse dentro de un itinerario individualizado de formación y empleo*, y, asegurar un nivel razonable de calidad, adecuándose a las necesidades y posibilidades específicas de los pacientes.
- **PROYECTOS FORMATIVOS** (tanto individuales como colectivos), que implican la programación y desarrollo de actividades de formación escalonadas (varios cursos y periodos de prácticas en empresas), establecidos de modo individualizado, orientados a la consecución y/o mantenimiento de un empleo concreto y con seguimiento y control por parte de los servicios de coordinación territorial del programa.
- **PROYECTOS FORMATIVO-EMPRESARIALES**, del tipo de los programas desarrollados hasta ahora en el marco de Proyectos Europeos, en los que distintas actividades, entre las que ocupan un lugar destacado las de formación, se orientan a la constitución de una Empresa Social, o a la ampliación de la capacidad productiva y de empleo de alguna de las ya existentes.
- **EMPRESAS SOCIALES**, que deben seguir facilitando oportunidades de empleo permanente (ampliando razonablemente su capacidad actual), a la vez que se incrementa, en algunos casos con Fundamentalmente el nombre (eliminando el estigmatizante de “Centro especial de empleo”) y la exigencia del 70% de personas con discapacidad.
- **EQUIPOS DE APOYO AL EMPLEO**, dirigidos a facilitar la integración laboral en empresas no específicas, suministrando orientación y apoyo personalizado en los distintos momentos y problemas específicos por los que puede pasar la persona en dicho proceso: - búsqueda de empleo, - primeros días de trabajo, - posibles crisis personales, - dificultades con los compañeros y/o jefes, etc., e incluyendo también la atención preventiva a pacientes con empleo que pudieran estar en riesgo de perderlo.
- **SERVICIOS DE ORIENTACION Y APOYO AL EMPLEO**, como estructura de regulación y coordinación general del programa en el ámbito provincial. Se trata de un equipo desde el que se debe: recibir y evaluar la demanda de acceso a las diferentes actividades del Programa establecer itinerarios personalizados de formación y empleo orientar y apoyar los distintos dispositivos y actividades del Programa: Talleres y Centros ocupacionales, Actividades de formación, Empresas específicas (en su aspecto de integración), Equipos de Apoyo y evaluar periódicamente su funcionamiento.
- **GRUPO IDEA, S.A.**, (elemento instrumental de FAISEM para la gestión de las empresas sociales) orientando más directamente su actividad actual hacia la dirección de las Empresas sociales, facilitándolas orientación y apoyo técnico, controlando su gestión y, en algunos casos, realizando de modo centralizado algunos aspectos de la misma”.

(Fondo Social Europeo y Junta de Andalucía, 2007: 167-169).

DATOS DE INSERCIÓN LABORAL:

TABLA 4. NÚMERO DE INSERCIONES LABORALES CRL (2009-2012)

	2009	2010	2011	2012	Incremento % (2009-2012)
Contratos	490	770	837	864	76,32
Personas	339	514	598	634	87,02

Fuente: Elaboración propia a partir de Memorias CRL.

Como veremos a lo largo del presente capítulo, el análisis de los recursos de rehabilitación laboral según CC.AA no permite en la mayoría de los casos poder comparar datos de inserción laboral. Sin embargo, con el modelo andaluz esto sí es posible, así en la anterior tabla se presenta la evolución de inserciones entre 2009 y 2012 producidas en los CRL. Por suerte, también podemos comparar estos mismos resultados con los del modelo FAISEM de algunos municipios, en el mismo ejercicio pre-crisis, como es el año 2008. Para ello, y basándonos en los datos del Proyecto “Equal Tandem Costa del Sol” (cuyo objetivo principal era la creación de nuevas estrategias laborales por y para las personas con problemas de salud mental grave en los 11 municipios de la Costa del Sol Occidental: Torremolinos, Benalmádena, Fuengirola, Mijas, Marbella, Ojén, Istán, Estepota, Manilva, Benahavís y Casares. Así como la constitución de la Agrupación de Desarrollo (AD) compuesta por 7 entidades, entre las que se encontraba FAISEM y liderada por la Consejería de Empleo de la Junta de Andalucía). Los datos de obtenidos en ambas Comunidades Autónomas son los siguientes (FSE y Junta de Andalucía, 2007: 180)

TABLA 5. INSERCIONES LABORALES SEGÚN CONTRATOS Y PERSONAS (ANDALUCÍA/MADRID)

Nº CONTRATOS	Número de personas	CONTRATOS REALIZADOS	Porcentaje de inserción
MODELO FAISEM 2011	1335	724	54,23%
MODELO CRL 2012	1313	864	65,80%
Nº PERSONAS	Número de personas	PERSONAS CONTRATADAS	Porcentaje de inserción
MODELO FAISEM 2011	1335	407	30,49%
MODELO CRL 2012	1313	634	48,28%

Fuente: Elaboración propia a partir de Memorias CRL y datos de FAISEM.

Como podemos comprobar, los resultados en cuanto a inserciones laborales totales (sumadas por cuenta propia y por cuenta ajena) nos indica que el modelo CRL de la Comunidad de Madrid ofrece una tasa de inserción de casi 30 puntos superior a la del Modelo FAISEM de la Comunidad Autónoma andaluza, con las características propias de uno y otro modelo en cuanto a territorio, renta per cápita bruta municipal disponible, características de la población usuaria, etc.

Pero datos más recientes sobre inserción laboral de personas con enfermedad mental en Andalucía, son publicados en la Memoria de actividad de FAISEM de 2013 en relación al empleo generado en ese año por las nueve empresas que conforman el Grupo IDEA. Dicho empleo se divide en tres modalidades: a) empleo protegido en empresas sociales bajo la modalidad de CEE (335 personas con enfermedad mental), b) empleo ordinario (259 personas con enfermedad mental), y c) Empleo protegido en Otros CEE (194 personas con enfermedad mental). En total han sido contratadas 404 personas de un total de 1.551 personas atendidas, lo que arroja una cifra de inserción laboral del 26,05% (Memoria de actividades FAISEM, 2013: 13).

EXISTENCIA DE ITINERARIOS:

Aun habiendo enriquecido el modelo andaluz su catálogo de propuestas, se echa en falta la existencia de un itinerario que establezca las diferentes fases y los diferentes recursos en cada fase, ya que únicamente se trata de este extremo en el apartado de “cursos de formación profesional”. Asimismo siguen existiendo riesgos importantes para las personas de dicho programa, como son: la “institucionalización” y dependencia que pudiera ocasionar el recurso de centros ocupacionales, no sólo porque no deberían tener cabida en este catálogo, sino porque no van a significar una emancipación real del colectivo (es muy importante definir la población diana, antes de ofrecer alternativas sin conexión entre ellas).

Es positivo sin embargo, la creación de este dispositivo denominado “servicios de orientación y apoyo al empleo” (SOAE), citado anteriormente, basado en la creación de equipos provinciales y que persigue no sólo establecer itinerarios, sino que trata de recibir y EVALUAR la demanda de acceso, si bien no se especifica la existencia de

evaluación en otras fases del recurso, ni los criterios para evaluar esa demanda de acceso.

Otra cuestión, es la presencia del recurso de los Centros Ocupacionales (CO) en el nivel ocupacional-prelaboral. Este recurso, suele ser el canal de entrada a los recursos protegidos de los jóvenes con discapacidad por enfermedad mental, pero debería ser más limitado en el tiempo.

Los CRL salvan este recurso ofreciendo herramientas mejor adaptadas en tiempo y forma, como son los programas específicos y los talleres pre-laborales, que veremos en el capítulo 6. Bien es cierto, que de la investigación cualitativa se desprende que para algunos técnicos de los propios CRL, sería bueno, que en este modelo se crearan algunos Centros Ocupacionales para aquellas personas que son difícilmente empleables, o bien que necesitan de un mayor desarrollo en la etapa pre-laboral.

Como veremos más adelante, para el modelo de intervención “primero coloca y después entrena” (propio de países como Reino Unido y EE.UU), lo importante es emplear a las personas con enfermedad mental y después establecer sus itinerarios. Posiblemente las dificultades en la creación de empleo por las que atravesamos en nuestro periodo de investigación (2008-2012) y en la actualidad, unidas al miedo al fracaso de los recursos existentes, nos conduzcan a todo lo contrario: a establecer itinerarios y recursos para preparar a las personas con enfermedad mental a enfrentar con el mayor éxito posible su inserción socio-laboral.

Del mismo modo ocurre con la presencia de los itinerarios cuando se incluyen solamente en el nivel formativo, como hemos insistido desde el planteamiento del problema de investigación, los itinerarios deberían ser el marco general de todo el proceso.

EQUIPO PROFESIONAL:

En cuanto a los equipos profesionales del Servicio de orientación y apoyo al empleo (SOAE), éstos varían en función de la provincia, desde 3 en Almería hasta 7 técnicos en Sevilla. Se trata de titulados medios o superiores en ciencias sociales (Técnicos de

empleo). Dichos equipos trabajan la parte social y no tienen psiquiatras y psicólogos, ya que la atención psiquiátrica se hace a través de salud mental.

5.4.4.2 CASTILLA- LA MANCHA

DENOMINACION DEL RECURSO:

La Fundación Socio- Sanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental (FISLEM) es la entidad gestora en dicha Comunidad Autónoma de los denominados Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral.

—El CRPSL es un dispositivo ambulatorio de atención al enfermo mental crónico centrado en los principios de la rehabilitación psicosocial. En él se realizan programas individualizados de rehabilitación de las habilidades psicosociales, laborales y de psicoeducación, así como actividades de apoyo a la integración comunitaria. También ofrecen apoyo y psicoeducación a las familias”.

(Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2005-2010, 2006: 71)

NORMATIVA AUTONÓMICA:

- ORDEN de 1 de Junio de 1993 por la que se aprueba el Plan Regional de Salud Mental. Consejería de Sanidad DOCM 04-06-1993.
- ORDEN de 21 de junio de 1993 por la que se regulan los requisitos mínimos y específicos de autorización de los Centros de Minusválidos para su apertura y funcionamiento.
- DECRETO 12/1997 de 30 de enero por el que se regula la acción concertada en materia de reserva y ocupación de plazas en Centros de Servicios Sociales para personas mayores y discapacitadas.
- ORDEN de 17 de Julio de 2000, de la comisión consultiva del Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2000-2004 consejería de Sanidad DOCM 04-08-2000.
- ORDEN de 22 de Agosto de 2000, por el que se determina el Régimen Jurídico Básico de los Servicios de Salud Mental para enfermos de los

Centros gestionados por la Junta de comunidades de Castilla-La Mancha Consejería de Sanidad. BOCM 01-09-2000.

- En 2001, en Consejo de Gobierno del día 22 de mayo, se tomó el acuerdo de aprobar la constitución de la Fundación Socio-sanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental (FISLEM).
- PLAN DE SALUD MENTAL DE CASTILLA LA MANCHA 2005-2012: Se definen los diferentes recursos socio-sanitarios específicos para personas afectadas por enfermedad mental.

DESARROLLO HISTÓRICO:

La denominación de estos centros desde 1999 es Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRSPL), tal y como recoge el Plan de salud mental 2000-2004. Del mismo modo que en la mayoría de CC.AA, las entidades gestoras firman convenios, en este caso con la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

—En mayo de 2001 el Gobierno Regional de Castilla-La Mancha aprobó la creación de la Fundación Socio-Sanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Sociolaboral del Enfermo Mental (FISLEM)”.

(Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2005-2010, 2006: 105)

TIPOLOGÍA DE SERVICIOS Y CENTROS:

Según el documento: “Diseño de Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral” FISLEM desarrolla una serie de programas dentro de los CRPSL dirigidos a esta población: programas de rehabilitación psicosocial, programas de soporte comunitario y social, programas de rehabilitación laboral, programas de intervención familiar, programas de apoyo a la integración social y laboral, programas dirigidos al entorno comunitario.

El programa de atención, va dirigido a promover la rehabilitación e integración social y laboral de las personas con enfermedad mental y sus familias. El CRPSL tiene como metas por un lado, el ajuste a la vida diaria de la persona y por otro, la mejora de la

calidad de vida, ayudando a los enfermos a asumir las responsabilidades sobre sus vidas y a funcionar tan activa e independientemente como sea posible en sociedad.

Prestaciones

El C.R.P.S.L. trabaja en estrecha coordinación con los servicios de salud mental, con los servicios sociales y con los recursos socio-comunitarios normalizados para favorecer el tratamiento y la integración de las personas atendidas. EL C.R.P.S.L funciona en régimen de atención diurna en jornada de mañana y tarde. Las personas asisten en función de sus objetivos y de acuerdo a su plan de rehabilitación. La duración de la estancia será variable y limitada al cumplimiento de objetivos.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS:

El programa se dirige a las personas de la Comunidad de Castilla-La Mancha que sufren enfermedades mentales graves y que tienen dificultades en su funcionamiento psicosocial y su integración comunitaria que hace necesario el apoyo desde alguno de los recursos del C.R.P.S.L. Así mismo se dirige a ofrecer el apoyo a las familias que conviven y cuidan de un enfermo mental. Ya en el Plan de Salud Mental 2000–2004 se preveía la puesta en marcha y funcionamiento de 20 CRPSL en toda la región al término de la vigencia del mismo. Actualmente hay en marcha 19 Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL)

EQUIPO PROFESIONAL:

Cada CRPSL contará con 35 a 40 plazas asistenciales a tiempo completo, pudiendo ser mayor el número de personas que asista a tiempo parcial, en función de cada Plan Individualizado de Rehabilitación.

Precisa del siguiente personal:

- psicólogo/a.
- terapeuta ocupacional,
- trabajador social,

- técnico de integración social y laboral
- educadores / monitores
- administrativo.

La dotación en cuanto al número de profesionales y categorías variará en función de las características poblacionales del área en el que esté ubicado el CRPSL.

FORMA DE ACCESO:

La derivación al C.R.P.S.L. se realiza a través de las Unidades de Salud Mental. En los casos en los que la demanda de atención provenga de otra instancia se canalizara de manera coordinada a través de la unidad de Salud Mental.

EXISTENCIA DE ITINERARIOS:

En los CRPSL existen itinerarios en sus Programas individualizados de rehabilitación psicosocial y laboral, cuyas fases son: acogida y trabajo previo, evaluación, plan individualizado de rehabilitación, intervención y seguimiento y apoyo comunitario.

Desarrollando más las fases del itinerario básico de inserción sociolaboral, éstas son:

Valoración de la idoneidad

Evaluación

Diseño de un PI

Programas de ajuste laboral

Selección e integración en un recurso

Seguimiento

Como podemos observar en la siguiente tabla, los CRPSL sólo se encuentran en los niveles rehabilitador y pre-laboral, echando mano de otros recursos en los niveles más avanzados. Asimismo, entendemos que se confunde la fase pre-laboral y formativa. En el caso de los CRL, todo el proceso se sigue desde el propio recurso, aunque otros dispositivos, como pueden ser los CEE, pueden ayudar en la inserción laboral de las personas. De hecho en el modelo castellano-manchego de rehabilitación y reinserción

laboral, los CRPSL sólo aparecen en las primeras fases de la inserción junto con los talleres, dejando en manos de otros recursos bien diferentes las fases de formación (Centros de formación y empleo) y de inserción laboral (CEE y Empleo con apoyo).

TABLA 6. NIVELES ORGANIZATIVOS PROPUESTOS PARA LA INSERCIÓN LABORAL DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

NIVEL	DISPOSITIVO	FUNCIONES
REHABILITADOR	CRPSL	Rehabilitación psicosocial Motivación Orientación vocacional general Seguimiento continuado
PRELABORAL	CRPSL Cursos de Formación y empleo	Entrenamiento en hábitos Orientación específica y búsqueda de empleo Paso previo o temporal
FORMATIVO	Cursos de Formación y empleo	Formación profesional Adquisición de destrezas específicas
LABORAL	Empresa social Empleo con apoyo	Empleo real Productividad Normalización

Fuente: Daniel Navarro (FISLEM)

En el documento “Diseño de centros de rehabilitación psicosocial y laboral” se especifica que dentro del programa de rehabilitación laboral, se trabajan una serie de áreas o subprogramas individualizados de rehabilitación psicosocial y laboral en las que se ofrecen diferentes actividades de entrenamiento y recuperación de habilidades para ayudar a este colectivo a mejorar su nivel de funcionamiento en las distintas áreas personal, social y laboral.

Los principales programas de intervención son:

- Autocuidado (aseo, higiene personal, vestido y hábitos saludables). Actividades de la vida diaria (manejo de la vivienda, hábitos domésticos, manejo de dinero, realización de trámites burocráticos).
- Rehabilitación cognitiva (atención, percepción, memoria y solución de problemas).

- Habilidades sociales (comunicación verbal y no verbal).
- Autocontrol y manejo del estrés (relajación, autoestima, control de ira, manejo de ansiedad y depresión)
- Psicoeducación (conocimiento y manejo de la enfermedad mental, adherencia al tratamiento, prevención de recaídas, manejo de factores de riesgo).
- Ocio y tiempo libre.
- Apoyo y soporte social.
- Integración comunitaria (potenciación del uso de recursos comunitarios).
- Psicomotricidad.
- Habilidades de ajuste laboral (asistencia, puntualidad, ritmo de trabajo, seguimiento de instrucciones, manejo de herramientas, iniciativa, relación con compañeros, etc.).
- Orientación vocacional y búsqueda de empleo.
- Seguimiento en la comunidad.
- Psicoeducación de familias (información, comunicación, manejo de estrés familiar y solución de problemas). (FISLEM, 2007: 23-24).

DATOS DE INSERCIÓN LABORAL:

Según Daniel Navarro (FISLEM), los resultados directos de la rehabilitación laboral con enfermos mentales en Castilla – La Mancha es que consiguen acceso a un empleo el 20% (366 personas de 1.730 atendidos) y consiguen acceso a cursos de formación profesional el 12% (215 personas de 1.730 atendidas).

5.4.4.3 CATALUÑA

DENOMINACIÓN DEL RECURSO:

Según el Observatorio Español de Rehabilitación Psicosocial (Memoria 2005-2008), en Cataluña existen dos tipos de servicios, por un lado los servicios de rehabilitación comunitaria (con una clara función rehabilitadora) y por otro el Servei prelaboral (con una función laboral).

El Servicio de Rehabilitación Comunitaria es un servicio sanitario destinado a la rehabilitación e inserción de personas que sufren algún trastorno de salud mental. Es un servicio de utilización pública, concertada por el Servicio de Salud y que forma parte de la Red de servicios de salud mental.

NORMATIVA AUTONÓMICA:

- LEY DE ORDENACIÓN SANITARIA DE CATALUÑA 15/1990, de 9 de julio (LOSC), marco normativo y jurídico que establece en su disposición adicional sexta la integración de la asistencia psiquiátrica en el sistema de cobertura del Servicio Catalán de la Salud.
- El DECRETO 213/1999, de 3 de agosto, del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, por el que se crea la Red de Centros, Servicios y Establecimientos de Salud Mental de Utilización Pública, que tipifica los diferentes dispositivos que forman la Red de Salud Mental.
- ORDEN de 13 de Mayo de 2002, por la que se regulan los estándares de calidad que tienen que cumplir los servicios, centros y establecimientos de Salud Mental de utilización pública de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. DOG C 24-05-2002.
- PLAN DIRECTOR DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES DE CATALUÑA 2006.
- PLAN INTEGRAL DE ATENCION A LAS PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y ADICCIONES. 2010.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA:

Según el Plan Director de Salud Mental de Cataluña (2006), el Servicio de Rehabilitación Comunitaria está orientado a aquellas personas mayores de 18 años con trastornos de salud mental, residentes en Cataluña, que estén en tratamiento psicológico

o psiquiátrico y que necesitan soporte y acompañamiento para poder definir y desarrollar un proyecto de futuro.

EXISTENCIA DE ITINERARIOS:

Según esta misma fuente, el Servicio de Rehabilitación Comunitaria ofrece una serie de fases durante el proceso de intervención:

1. Acogida: Análisis y diagnóstico de la situación psicosocial de la persona. Propuesta y vinculación al Plan Funcional de actividades, de acuerdo a las necesidades de la persona.
2. Proceso: Definición de competencias y dificultades que inciden en las situaciones o estados psicosociales. Elaboración de competencias y dificultades que inciden en las situaciones o estados psicosociales. Elaboración del Plan de Intervención Individual, establecido en los objetivos funcionales, psicológicos, sociales y familiares.
3. Salida: Definición del itinerario de salida social, formativa y/o laboral. Refuerzo y acompañamiento en el proceso de asumir los objetivos dentro del itinerario de salida establecido y consensuado.

TIPOLOGÍA DE SERVICIOS Y CENTROS:

Como hemos señalado, se han identificado dos recursos en relación a la inserción sociolaboral de las personas con enfermedad mental grave y duradera:

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN COMUNITARIA (centros de día):

—Los centros de día son servicios básicos de atención de día especializados en salud mental, dirigidos a las personas adultas que presentan problemas psiquiátricos en cualquiera de las etapas evolutivas de la enfermedad y que, por su gravedad o complejidad, no pueden ser atendidas exclusivamente desde los servicios de atención primaria de salud”.

—En la red de salud mental existen 55 CD/SRC de adultos en los que se recibe atención relacionada con la salud equivalente a cuatro medias jornadas por semana y, en algunos casos, atención relacionada con la participación social. Para poder ofrecer atención relacionada con la salud es necesario que, como mínimo, el 20% de los profesionales procedan del campo de la salud.”.

(Atlas integral de los servicios de atención a la salud mental de Cataluña, 2010: 104)

En cuanto al número de plazas:

—La atención de día programada (no agudos) relacionada con la salud tiene un total de, como mínimo, 1.614 plazas distribuidas entre las diferentes áreas de salud, lo que equivale aproximadamente a 26 plazas por 100.000 habitantes”.

(Atlas integral de los servicios de atención a la salud mental de Cataluña, 2010: 107)

SERVEI PRELABORAL

—Servicio social especializado, de intervención en personas con trastorno mental, estabilizados y compensados de su enfermedad, con el fin de conseguir una integración laboral.

La red de salud mental está formada por 28 servicios prelaborales en los que se recibe atención relacionada con el trabajo equivalente a 4 medias jornadas a la semana”.

(Atlas integral de los servicios de atención a la salud mental de Cataluña, 2010: 166)

En cuanto al número de plazas:

—Los 28 servicios de atención especializada en la rehabilitación e integración laboral existentes en Cataluña ofrecen un total de 762 plazas. Esto equivale a 12,36 plazas por cada 100.000 habitantes > 18 años, que oscilan entre 8,34 en Lleida y 18,40 en Girona.

No obstante, cabe recordar que desde el Departamento de Salud hay centros de día/servicios de rehabilitación comunitaria que se han especializado en la rehabilitación e integración laboral.

(Atlas integral de los servicios de atención a la salud mental de Cataluña, 2010: 168)

EQUIPO PROFESIONAL:

Servicio de rehabilitación comunitaria

—La Comunidad dispone de un equipo de profesionales para la atención de día estructurada formado por 53,21 psicólogos, cerca de 18 auxiliares, cerca de 26 cuidadores, 55 educadores, 26,44 técnicos de integración, 48,61 terapeutas ocupacionales y casi 34 trabajadores sociales, entre otros. Esto equivale aproximadamente a 0,85 psicólogos, 0,28 auxiliares, 0,41 cuidadores, 0,88 educadores, 0,42 técnicos de integración social, 0,78 terapeutas ocupacionales y 0,54 trabajadores sociales por cada 100.000 habitantes”.

(Atlas integral de los servicios de atención a la salud mental de Cataluña, 2010: 108)

Servei prelaboral:

—En cuanto a los profesionales, el equipo que dispensa atención especializada en integración laboral está formado por 11,45 educadores, 22,79 psicólogos, 8,91 técnicos de integración, 4,1 terapeutas ocupacionales, 21,37 trabajadores sociales, 35,63 monitores, 4,00 encargados de taller y 6,11 profesores de taller. Esto equivale a 0,19 educadores, 0,37 psicólogos, 0,14 técnicos de integración, 0,07 terapeutas ocupacionales, 0,35 trabajadores sociales, 0,58 monitores, 0,06 encargados de taller y 0,10 profesores de taller por cada 100.000 habitantes mayores de 18 años”.

(Atlas integral de los servicios de atención a la salud mental de Cataluña, 2010: 168)

FORMA DE ACCESO AL RECURSO:

En el Servicio de Rehabilitación Comunitaria:

- Las personas son derivadas por los servicios de salud mental de la red de atención pública.
- Con capacidad de poder adquirir un compromiso asistencial basado en la convivencia.
- Estar en tratamiento psicológico o psiquiátrico (en una situación psicopatológica compensada).

- Estar motivado para iniciar un proceso de rehabilitación.
- Presentar la suficiente autonomía personal que le permita activar su proyecto.
- Seguir un tratamiento individual en un CSMA u otros de la red de salud mental.

En el Servei prelaboral:

Los requisitos para acceder a este servicio son los siguientes:

- la acreditación de la situación de necesidad, mediante la resolución emitida por el órgano competente, de acuerdo con el baremo establecido por reglamento;
- la residencia en un municipio de Cataluña;
- para las personas extranjeras, los requisitos establecidos en la normativa vigente de extranjería y de acogida e integración de las personas inmigradas;
- el resto de requisitos de acceso establecidos en el ordenamiento jurídico vigente.

5.4.4.4 MADRID (Ver apartado 6.1)

5.4.4.5 GALICIA

DENOMINACIÓN DEL RECURSO:

Se trata de una de las 5 regiones en las que existen recursos de rehabilitación específicos de carácter laboral, y junto a Castilla- La Mancha, las 2 CC.AA en que se comparte la denominación “Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral”.

Según el artículo 1 de la Orden de 23 de octubre de 1998 de regulación de los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral para enfermos mentales crónicos como desarrollo de los dispositivos de apoyo comunitario de la Xunta de Galicia: “Es objeto

de la presente orden la regulación de los centros de rehabilitación psicosocial y laboral, públicos y privados, entendidos como tales, aquéllos que prestan una atención diurna, globalizadora y multidisciplinar, dirigida a los enfermos mentales crónicos estables y a sus familiares, con la finalidad de la rehabilitación e integración social y laboral de las personas”.

En la Memoria de actividades 2012 de FEAFES-Galicia se amplía esta denominación:

—Los centros de rehabilitación psicosocial y laboral prestan una atención diurna, global y multidisciplinar a las personas con enfermedad mental crónica. Estos centros tienen como objetivo mantener a la persona con enfermedad mental en su ámbito, promoviendo y apoyando su integración psicosocial, para que desarrollen una mayor autonomía”.

(FEAFES-Galicia, 2012: 8)

El Plan estratégico de salud mental 2006-2011 establece dentro de su catálogo de Programas rehabilitadores, el denominado “Programa de hábitos laborales dirigidos a integración no ámbito laboral”.

Según FEAFES-Galicia, el Servicio de inserción laboral “OEDEM” es el único programa de fomento de la inserción laboral de las personas con enfermedad mental existente en Galicia.

NORMATIVA AUTONÓMICA:

- DECRETO 389/1994 del 5 de diciembre, por el que se regula la Salud Mental en Galicia. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. DOG 02-10-1995.
- LEY gallega 9/1991 de 2 de octubre, de medidas básicas para la Inserción Social.
- ORDEN de 23 de octubre de 1998, de regulación de los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral para personas con enfermedad mental crónica, como desarrollo de los Dispositivos de Apoyo Comunitario. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. DOG 02-11-1998.

- El PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL DE GALICIA 2006-2011, aprobado por el Consejo de la Junta de Galicia el día 5 de octubre de 2006.

DESARROLLO HISTÓRICO:

Está en funcionamiento desde 2002, ofrece información, asesoramiento y apoyo como colaborador del Servicio Público de Empleo de Galicia desde ese año. Para ello, dicho Observatorio de Empleo para Personas con Enfermedad Mental (OEDEM) tiene como misión facilitar la inserción laboral a través de acciones de información, orientación, formación, prospección e intermediación laboral con las empresas y apoyo para la consecución y el mantenimiento del puesto de trabajo.

EQUIPO PROFESIONAL:

Según la Orden de 23 de octubre de 1998 de regulación de los centros de rehabilitación psicosocial y laboral para enfermos mentales crónicos como desarrollo de los dispositivos de apoyo comunitario de la Xunta de Galicia, los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral para enfermos mentales crónicos deberán contar con el siguiente personal:

- a) Un director responsable de la planificación y seguimiento de atención a la persona, que será titulado superior en el área de las ciencias de la salud o ciencias sociales y con formación específica en rehabilitación psicosocial y laboral del enfermo mental crónico.
- b) Un terapeuta ocupacional o, en su defecto, profesor de taller o profesional cualificado, responsable de la planificación de las actividades laborales, artesanales u ocupacionales del centro.

La ratio de personal de atención directa en régimen continuado será de 1 por cada 10 personas, con un mínimo de dos trabajadores.

No obstante, en el desarrollo posterior de esta Orden se puede comprobar como los equipos de los CRPL están formados por:

- Psicóloga /Directora.
- Terapeuta ocupacional,
- monitora taller,
- Educador social,
- 1 Aux. administrativo

FORMA DE ACCESO:

El acceso y atención de las personas a los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral estará condicionado al informe de un médico psiquiatra relativo al grado de estabilidad del enfermo mental crónico y su dificultad en el funcionamiento psicosocial y en la integración laboral.

El centro, considerado como un dispositivo de apoyo comunitario, actuará en coordinación con los servicios de salud mental del área geográfica en la que esté situado, de acuerdo con el siguiente orden de preferencia: unidades de salud mental, unidad hospitalaria de rehabilitación psiquiátrica, hospital de día psiquiátrico, unidad de hospitalización de corta estancia.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

Según la Memoria anual de FEAFES 2011, el perfil de las 90 personas atendidas es de personas con esquizofrenia en la mayoría de los casos, seguido de trastornos de la personalidad y trastornos depresivos (no se aportan datos específicos).

TIPOLOGÍA DE SERVICIOS Y CENTROS:

Según datos ofrecidos por FEAFES-Galicia en la Memoria de actividades 2012, entre otros servicios ofrecidos destacan:

“1. Orientación laboral

A través del OEDEM, en toda Galicia, reciben orientación laboral un total de 2040 personas. Realizamos Itinerarios Personalizados de Inserción que son el

diseño, la realización y el seguimiento de una secuencia de acciones dirigidas a mejorar la empleabilidad de los demandantes de empleo. En el año 2012 se realizaron 270

2. Preparación para el empleo

2.1 Formación

Dispositivo en el que se facilita la mejora de la cualificación profesional de cada persona en relación a sus capacidades y objetivos vocacionales. En el año 2012, las personas accedieron a 482.

Entre ellas, figuran talleres y cursos de formación ocupacional de la Xunta y otras actividades formativas de carácter personal.

- *Taller de motivación y técnicas de busca activa de empleo y taller de nuevas tecnologías aplicadas a la búsqueda de empleo, dentro del Programa Integrado para el Empleo de la Consellería de Traballo e Benestar. 60 personas.*
- *Taller de habilidades sociales y personales. Programa de Inclusión Social. Santiago. 15 personas.*
- *Curso de limpieza. FSC Inserta. Lugo. 10 personas.*
- *Curso de alfabetización informática. FSC Inserta. A Coruña. 15 personas.*
- *Curso de Internet. FSC Inserta. Vigo. 15 personas.*

2.2 Talleres prelaborales

*Las habilidades pre-laborales son imprescindibles en la convivencia laboral, por lo que ayudamos a las personas a adquirir, recuperar o potenciar una adecuada interacción con compañeros y jefes, la capacidad de iniciar y mantener conversaciones, la capacidad para solicitar y ofrecer ayuda, la administración del tiempo de ocio, etc. Para el desarrollo de dichas habilidades hacemos talleres que permitan adquirirlas en un espacio formativo para generalizar las mismas a entornos reales. Se hicieron talleres de motivación y técnicas de búsqueda de empleo, para afrontar una entrevista, de asertividad laboral y coloquios laborales. Se realizaron un total de **27 talleres**, en los que participaron 375*

2.3 Prácticas no laborales

La realización de prácticas no laborales en empresas comunes buscan aumentar la capacitación laboral e incrementar las posibilidades de inserción laboral de nuestro colectivo. Durante el año 2012, accedieron a prácticas no laborales en empresas 39 personas.

3. Prospección e intermediación laboral

Este servicio busca facilitar el acceso al empleo de las personas con enfermedad mental a través de acciones de sensibilización, apoyo e información sobre la bonificación de la contratación de personas con discapacidad.

3.1 Prospección

*Contactamos con **262 empresas** y fueron visitadas 152. El resultado de estas acciones son la firma de **32 convenios** de colaboración para la realización de prácticas no laborales de 39 personas y la **inserción de 41 demandantes** de empleo a través de intermediación.*

4. Proyectos y programas

- Programa INCORPORA de la Fundación La Caixa. Programa de intermediación laboral del que se beneficiaron 247 demandantes de empleo, de los cuales se insertaron 41 y se consiguió la vinculación de 25 empresas.*
- Programa Colaborativo. En el marco del Programa Incorpora, participamos en la implementación de una guía de buenas prácticas en la integración laboral de personas con enfermedad mental. Participan en este proyecto piloto más de 83 personas.*
- Proyecto de Empleo con apoyo de la Consellería de Traballo e Benestar, se beneficiaron 15 personas.*
- Proyecto Practicum. Subvencionado por la Diputación de Pontevedra, fomenta la realización de prácticas no laborales en empresas. 15 participantes.*
- Programa experimental de empleo: Proyecto ORLA. Financiado por Traballo e Benestar, del que se benefician 60 personas, de los que 36 accedieron a un empleo.*
- Programa de apoyo y acompañamiento formativo cara el empleo. Financiado por la Consellería de Inclusión Social, participaron 18 personas. Dirección General de Inclusión Social.*
- Programa Juntos Somos Capaces. En colaboración con la Fundación Konecta y Fundación Mapfre realizamos proyectos formativos, sociales y de inserción laboral de apoyo a las personas con discapacidad. Se adhirieron al programa un total de 33 beneficiarios y 27 empresas.*

5. Valoración

Este servicio fue valorado muy positivamente, con una puntuación de 4,16 sobre 5. El que más aprecian las personas es la atención ofrecida por los orientadores, con un 4,41”.

(FEAFES-Galicia, 2012: 14-15)

DATOS DE INSERCIÓN:

*—A lo largo de 2012, el equipo de orientación e intermediación laboral logró un resultado de 126 personas contratadas y 190 contratos laborales. Destacamos que predomina el contrato a jornada completa, resultando ser el **48% de los contratos a jornada completa**, el 14% media jornada y el 38% contratos por hora.*

Seguimiento y apoyo al empleo

*De las 126 personas que accedieron a empleo a través 190 contratos laborales, los trabajadores solicitan **apoyo para 120 contratos** a los profesionales de FEAFES Galicia con el objetivo de facilitar el mantenimiento en el puesto”.*

(FEAFES-Galicia, 2012: 15)

Una vez analizadas en primer lugar las 5 CCAA que poseen, según el Observatorio español de rehabilitación psicosocial de FEAFES, Centros de Rehabilitación Laboral, es momento para analizar las cuestiones más relevantes del resto de CCAA: Estas son: Aragón, Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla-León, Extremadura, Islas Baleares, La Rioja, Murcia, Navarra, País Vasco y Valencia:

5.4.4.6 ARAGÓN

DENOMINACIÓN DEL RECURSO:

Según el Plan estratégico 2002-2010 de atención a la salud mental de la Comunidad de Aragón, el recurso ofrecido para la rehabilitación de las personas con enfermedad mental grave y duradera son los Centros de Rehabilitación Psicosocial (también conocidos como centros de día), se trata de “dispositivos ambulatorios cuya función fundamental es la rehabilitación activa y reinserción social y que tienen orientación claramente comunitaria. Son recursos básicos destinados a recuperar o mantener habilidades sociales, evitar internamientos y mantener a la persona en su medio sociofamiliar”.

NORMATIVA AUTONÓMICA:

- DECRETO 77/1986, de 10 de julio, por el que se crea la Comisión para la Reforma Psiquiátrica en la Comunidad Autónoma de Aragón, Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo. BOA de 23 -07-1986.

- LEY 2/1989, de 21 de abril, del Servicio Aragonés de Salud, modificada por Ley 8/1999. En su art. 10.1 se señala que el Servicio Aragonés de Salud ejecutará la política sanitaria cuya definición corresponde al Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, hoy Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales.
- LEY 4/1996, de 22 de mayo. Corresponde al Instituto Aragonés de Servicios Sociales, de acuerdo al art. 9 de la Ley 4/1996 de creación del Instituto, entre otras, las siguientes funciones: La gestión de prestaciones de la Ley de Integración Social del Minusválido:
 - La gestión del Ingreso Aragonés de Inserción.
 - La gestión de proyectos de inserción socio-laboral.
 - La gestión de prestaciones económicas en materia de acción social y las ayudas a discapacitados.
 - El programa de Servicios Sociales y el de mantenimiento de Centros de Disminuidos y Centros Ocupacionales.
- ORDEN de 29 de enero de 1997, de subvenciones a proyectos de inserción socio-laboral.
- ORDEN de 20 de Abril de 2005, por la que se crea la Comisión para Ingresos y Seguimiento de los pacientes en Centros Sanitarios de Rehabilitación de Salud Mental del Sistema de Salud de Aragón, Departamento de Salud y Consumo, BOA de 29-04-2005.
- PLAN ESTRATÉGICO 2002-2010 DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN.

FORMA DE ACCESO AL RECURSO:

—Este dispositivo deberá estar perfectamente coordinado y trabajar en colaboración con la unidad de salud mental y las unidades de media estancia, pues se trata de una estructura reguladora entre los servicios básicos y los dispositivos hospitalarios de rehabilitación”.

*—Se dispondrá de **50 plazas por cada 150.000 habitantes**. Además, se tenderá a que su capacidad no sea superior a 40 plazas ni inferior a 20. Los programas*

psicoterapéuticos y de rehabilitación deben tener un tiempo limitado de desarrollo y permitir la rotación eficiente de pacientes”.

(Plan estratégico 2002-2010 de atención a la salud mental de la Comunidad de Aragón, 2003: 49)

EQUIPO PROFESIONAL:

—Deberá disponer de un equipo específico de profesionales de carácter multidisciplinar y su organización y actividades estarán coordinadas por un responsable facultativo con su correspondiente nivel administrativo y complemento retributivo. La plantilla estará compuesta, en un centro tipo de 40 plazas, como mínimo por:

- *Psiquiatra: 1*
- *Psicólogo clínico: 1*
- *ATS/DUE: 1*
- *Trabajador social: 1*
- *Terapeuta ocupacional: 1*
- *Monitores de educación especial: 2*
- *Auxiliar administrativo: 1 por centro con dedicación parcial o completa en función de las necesidades del centro”.*

(Plan estratégico 2002-2010 de atención a la salud mental de la Comunidad de Aragón, 2003: 49)

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA:

—Este recurso está destinado a pacientes graves entre 18 y 65 años con un importante deterioro de sus capacidades funcionales y de su entorno social, pero estabilizados y con un cierto grado de autonomía. Los pacientes sólo

podrán ser remitidos desde las unidades de salud mental o desde las unidades de media estancia”.

(Plan estratégico 2002-2010 de atención a la salud mental de la Comunidad de Aragón, 2003: 49)

TIPOLOGÍA DE CENTROS Y SERVICIOS:

Centros de inserción laboral y empleo: El recurso que más tiene que ver con el objeto de esta tesis doctoral son los **Centros de Inserción Laboral y Empleo** (Por ejemplo, el de la Fundación Agustín Serrate).

Según el portal web de esta Fundación, estos centros abarcan todos los planes, actividades y recursos –productivos, formativos y de orientación vocacional- puestos a disposición de la persona desde que es adscrita al dispositivo laboral hasta su alta del proceso. El proceso es un itinerario por niveles y se desarrolla mediante tres subprogramas (de menor a mayor autonomía):

- CIL.- Centro de Inserción Laboral (programa ocupacional/aprendizaje) en Taller.
- CEE.- Centro Especial de Empleo "Integración Laboral Arcadia, S.L. " (Empresa de trabajo protegido).
- AEO.- Acompañamiento al Empleo Ordinario (Orientación).

EXISTENCIA DE ITINERARIOS:

Según el portal web de esta Fundación, las personas que se incorporen a este proceso pasarán por tres fases:

- FASE DE RECEPCIÓN.- Abarca desde la incorporación a una plaza en Taller o al AEO hasta la superación del periodo de prueba para Talleres o el consentimiento de seguir en el AEO.

- FASE PIR o de INTERVENCIÓN.- (PROGRAMA INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN en Dispositivo o Servicio Laboral).- Abarca desde el final de la fase anterior hasta el alta de los dispositivos. Esta fase tiene una duración de tiempo muy amplia, dependiendo de la realidad de cada persona. En esta fase tienen lugar un conjunto de intervenciones cuyo objetivo final es la rehabilitación psicosocial del paciente. La duración mínima suele ser un año, la máxima va a depender del grado de dificultad de la persona. En esta fase se lleva a cabo una evaluación y revisión periódica del PIR.
- FASE DE ALTA.- Abarca desde la propuesta de alta (por rehabilitación, traslado, abandono, enfermedad...) hasta la salida efectiva de los dispositivos.

5.4.4.7 ASTURIAS

DENOMINACIÓN DEL RECURSO:

La unidad de Coordinación de Salud Mental en Servicios Centrales del SESPA (Servicio de salud del principado de Asturias) es el órgano para la cohesión entre las distintas áreas sanitarias, con responsabilidad en materia de apoyo a la reinserción socio-laboral.

NORMATIVA AUTONÓMICA:

- DECRETO 81/1986, del 11 de junio, por el que se regula la Organización y Funcionamiento de los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias, BOPA 04-07-1986.
- RESOLUCIÓN de 19 de agosto de 1986, de la Consejería de Sanidad, por la que se crea la Comisión Técnica Asesora para la reforma de la asistencia de Salud Mental y se regula la composición y funcionamiento de la misma. BOPA 05-09-1986.
- RESOLUCIÓN del 14 de enero de 2003, de la Dirección de Gerencia del Servicio de Salud del Principado de Asturias, por la que se estructura el Área de Salud Mental. BOPA 07-02-2003.

- PLAN DE SALUD MENTAL del Principado de Asturias 2011-2016.

TIPOLOGÍA DE SERVICIOS Y CENTROS:

El recurso que más se aproxima a nuestro objeto de estudio en esta Comunidad Autónoma son los denominados Centros de Apoyo a la Integración (CAI):

“Son recursos especializados de atención y formación para las personas adultas con discapacidades, cuyo objetivo es favorecer tanto la integración sociolaboral como la promoción del desarrollo personal e independencia de las mismas, mediante la elaboración de planes personalizados de apoyo. Actualmente, de las 1635 plazas disponibles, solamente 20 se destinan a personas con enfermedad mental grave”.

(Plan de Salud Mental del Principado de Asturias (2011-2016), 2011: 52)

5.4.4.8 CANARIAS

DENOMINACIÓN DEL RECURSO:

—Para atender las necesidades de las personas con un trastorno mental crónico de acuerdo a las medidas contempladas en el Plan de Salud de Canarias (1997-2001) se constituyen por decreto del Gobierno de Canarias los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (C.I.R.P.A.C.). (...).Uno de los cometidos del C.I.R.P.A.C., como órgano adscrito a la Dirección de Área de Salud, dependiente del Servicio Canario de Salud, es la planificación, seguimiento y evaluación de las necesidades de las personas con una enfermedad mental crónica a través de su instrumento estratégico como son los Planes Insulares de Rehabilitación Psicosocial (PIRP) —

(Minusval, 2002: 30)

La fórmula jurídica de articular estos recursos en la Comunidad Autónoma Canaria es la de los Convenios de Colaboración Interinstitucional. Una de las novedades de los PIRP es que la administración pública de ámbito insular, a través de un organismo autónomo del mismo, el Instituto de atención Social y Sociosanitaria (IASS), se hace corresponsable de 1/3 de la financiación y de la gestión de los recursos convenidos en el

PIRP. Este organismo, para una mayor agilidad y eficacia en la gestión, ha implicado a empresas privadas y organismos no gubernamentales en la gestión indirecta de los recursos.

—Los aspectos de infraestructura o de política de personal queda en manos de lo acordado entre estas entidades con el IASS. La financiación de los recursos conveniados sigue la política del 1/3 por parte de cada departamento público implicado, excepto la administración local, que colabora cediendo locales o su mantenimiento, facilitando el transporte de las personas o cediendo terrenos para actividades rehabilitadoras. La distribución de los recursos ha seguido criterios poblacionales garantizando la equidad”.

(Minusval, 2002: 31)

NORMATIVA AUTONÓMICA:

- ORDEN Interdepartamental 1/1993, de 19 de Mayo, de la Comisión Interdepartamental para la reforma administrativa por la que se regula la creación y funcionamiento de la Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental, Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. BOC 04-06-1996.
- Decreto 3/1997, de 21 de Enero, por el que se aprueba el Plan de Salud de Canarias, Consejería de Sanidad y Consumo. BOC 31-03-1997.
- Convenio de colaboración para la Planificación, Gestión y Financiación de recursos sociosanitarios del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial (P.I.R.P) de Tenerife para personas con discapacidad como consecuencia de un trastorno mental de larga duración. 22/10/2002.

TIPOLOGÍA DE SERVICIOS Y CENTROS:

—La capacidad de los Centros de Día será de 15-20 personas, los Talleres Ocupacionales de 10-15 personas y los Equipos de apoyo Individualizado al empleo entre 15-20 personas. La selección inicial de los candidatos por parte de las Unidades de Salud Mental Comunitarias, única puerta de entrada a estos recursos o prestaciones, se realiza a través de un protocolo de derivación”

(Minusval, 2002: 31)

Según datos de julio de 2013, el Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial, los centros de día de Rehabilitación Psicosocial atienden en la actualidad a 349 pacientes en los distintos centros de Genoveva (Afaes), San Francisco I, San Francisco II, Casa del Mar, Maspalomas, Vecindario, Telde, Norte, y Teror.

Asimismo, los equipos de tratamiento asertivo comunitario atienden a 80 pacientes; mientras que 103 pacientes se encuentran ocupando plazas de acceso al empleo ya sea en empleo con apoyo, talleres prelaborales o mediante cursos de formación, mientras que las residencias acogen a 150 pacientes y otros 131 se alojan en alojamiento alternativo tutelado.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS ATENDIDAS:

Como hemos señalado, según la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, el Plan de Rehabilitación Psicosocial de Gran Canaria atiende a 813 enfermos mentales, personas diagnosticadas de patologías graves relacionadas con la salud mental a través de la red de recursos existentes como los de seguimiento en la comunidad a través de los equipos de tratamiento asertivo comunitario, mediante los dispositivos rehabilitadores como los centros de día y otros de apoyo social y comunitarios en las plazas de alojamiento alternativo, plazas de acceso al empleo y las miniresidencias.

Estos recursos tienen su propia finalidad pero todos funcionan de forma integrada y están distribuidos territorialmente por la isla para facilitar su accesibilidad y el contacto con las familias.

5.4.4.9 CANTABRIA

DENOMINACIÓN DEL RECURSO:

El recurso ofrecido por esta Comunidad Autónoma para la rehabilitación laboral de las personas con enfermedad mental grave es el Programa Inicia:

Inicia es un programa destinado a prestar orientación y apoyo a la inserción sociolaboral de personas con Trastorno mental grave. Es un servicio concertado con el Gobierno de

Cantabria, que cuenta para su ejecución con tres entidades con experiencia en el tratamiento de personas con enfermedad mental y en el campo de la rehabilitación profesional: AMICA, ASCASAM y CENTRO HOSPITALARIO PADRE MENNI.

Algunas de estas mismas entidades promueven Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) para personas con enfermedad mental de entre 18 y 65 años que presentan déficits de autonomía funcional y social, y que son susceptibles de acudir a un centro de rehabilitación psicosocial y desenvolverse en grupo. Los CRPS son un servicio concertado con el Gobierno de Cantabria que realiza actividades encaminadas a la rehabilitación funcional y a la recuperación de la autonomía de las personas con enfermedad mental, diseñando un plan de rehabilitación específico para cada persona, en el que se incluye atención individual y familiar especializada e integración en actividades grupales. Se trata de actividades orientadas, en definitiva, a mejorar su calidad de vida y la de sus familiares.

NORMATIVA AUTONÓMICA:

- Ley de Cantabria 1/1996, de 14 de Mayo de Salud Mental de Cantabria, Presidencia de la Diputación Regional de Cantabria. BOCA 24-05-1996.
- Decreto 30/1996, de 21 de Abril, por el que se crea el Consejo Asesor sobre Salud Mental de Cantabria y se regula su organización y funcionamiento. Consejería de Sanidad consumo y Bienestar Social. BOCA 30-04-1997.
- Decreto 88/2001, de 31 de Agosto, por el que se regula el Consejo Asesor sobre Salud Mental de Cantabria. Consejo de Gobierno BOCA 10-09-2001.

DESARROLLO HISTÓRICO:

El Proyecto Inicia comienza su andadura en Cantabria en el año 1998, como ocurre en otras Comunidades Autónomas como Madrid, el origen del mismo parte del programa comunitario HORIZON III en la iniciativa “Empleo y desarrollo de los RR.HH”.

Desde 2007 es la Consejería de Empleo y Bienestar Social la que asume la financiación de dicho Programa.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS ATENDIDAS:

- Personas con enfermedad mental crónica (no trastornos orgánicos cerebrales ni abuso de sustancias activo).
- En edad laboral, entre 18 y 50 años.
- Con motivación suficiente para comenzar su proceso de inserción laboral en el momento de ser derivados.
- En situación de desempleo y con dificultades específicas de acceso o mantenimiento en recursos de formación o empleo normalizados.
- Ausencia de conductas adictivas disruptivas.
- No aspectos susceptibles de rehabilitación psicosocial o en proceso de recuperación.

Objetivos

1. Desarrollo de itinerarios de inserción sociolaboral.
2. Apoyo en el acceso y mantenimiento en recursos comunitarios de formación y empleo.
3. Impulsar la óptima utilización y coordinación de los recursos sociales y laborales existentes en Cantabria para este colectivo.

EQUIPO PROFESIONAL:

- Psiquiatra
- Psicólogos/as
- Técnico de Inserción Laboral
- Terapeutas

TIPOLOGÍA DE SERVICIOS Y CENTROS:

Según las Memorias de actividad correspondientes a los años 2012 y 2013 del Proyecto Inicia, se ofertan los siguientes servicios:

EVALUACIÓN:

- Entrevista de evaluación con la persona y su familia
- Administración de pruebas psicométricas
- Establecimiento de perfil
- Elaboración del Plan Individualizado de Rehabilitación Sociolaboral
- Diseño del itinerario de inserción más oportuno para la persona

REHABILITACIÓN LABORAL

- Adquisición, recuperación ó potenciación de habilidades laborales generales
- Adquisición de habilidades de relación sociolaboral
- Orientación vocacional y motivación laboral

INTERVENCIÓN FAMILIAR

- Formación y psicoeducación a familias y profesionales
- Servicio de asesoramiento y apoyo familiar

ORIENTACIÓN, PROSPECCIÓN E INTERMEDIACIÓN LABORAL

- Conocimiento de los recursos comunitarios de formación y empleo
- Contacto con empresas del mercado regional ordinario
- Sensibilizar en el campo de la inserción laboral de las personas con esta problemática
- Conseguir la participación efectiva del mayor número de las mismas

ACOMPañAMIENTO

- Seguimiento y apoyo individualizado a todas las personas que acceden al programa durante todo el proceso de inserción

Algunos ejemplos de las actividades desarrolladas en el ámbito de los talleres (servicio de rehabilitación laboral) son:

- **Talleres y seminarios**
 - seminario sobre comunicación.

- habilidades sociales y trabajo en equipo.
- recursos formativos y de empleo.
- resolución de conflictos
- estigma en la enfermedad mental.
- las Redes Sociales, incluyendo la elaboración de un manual de buenas prácticas en su uso.
- Nuevas Tecnologías
- Agricultura Ecológica

Respecto a la **formación y participación de las familias**, como por ejemplo charlas sobre los criterios necesarios para acceder a un empleo, con incidencia en el empleo protegido. Así como acciones concretas formativas ofrecidas desde algunas entidades que componen el proyecto.

DATOS DE INSERCIÓN

Según datos ofrecidos por la Memoria de actividad del Proyecto Inicia (2013) se han atendido a 51 personas, de las que 11 han accedido al mercado laboral, es decir existe una tasa de inserción del 21,57%.

5.4.4.10 CASTILLA-LEÓN

DENOMINACIÓN DEL RECURSO:

—Los Centros de Rehabilitación Psicosocial son dispositivos que ofrecen, en régimen ambulatorio, programas de rehabilitación psicosocial a las personas con enfermedad mental grave y prolongada que ocasione dificultades de integración familiar, social o laboral, remitidas desde los Equipos de Salud Mental y, en su caso, desde las Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica. En Castilla y León existen actualmente 9 Centros de Rehabilitación Psicosocial, situados en las Áreas de Salud de Ávila, Burgos, León, Palencia, Segovia, Soria, Valladolid - Este, Valladolid- Oeste y Zamora, que cuentan con un total de 205 plazas, lo que supone una ratio de 8,23 plazas por cada 100.000 habitantes. Además, está prevista la próxima entrada en funcionamiento de los centros de Ponferrada y Salamanca”.

(Estrategia Regional de salud mental y asistencia psiquiátrica en Castilla y León 2003-2007, 2003: 67)

FORMAS DE ACCESO AL RECURSO:

—En cuanto al funcionamiento propiamente dicho, una vez realizado el ingreso de un paciente en el CRPS, se efectuaría una evaluación de sus capacidades, deficiencias y conductas problema. Esta evaluación será realizada, al menos, con los siguientes instrumentos: Historia Psicosocial General, Historia Personal, PANSS que convendrá que además esté incluida en el protocolo de derivación desde el Equipo de Salud Mental Y RAI- Mental Health. En la Historia Psicosocial General deberán figurar todos los resultados obtenidos en la evaluación inicial que podrán completarse con informes de otros recursos que tengan relevancia en la vida del paciente”.

(Pliego de prescripciones técnicas para la contratación del centro de rehabilitación psicosocial del área de salud de Zamora, 2003: 3)

NORMATIVA AUTONÓMICA:

- DECRETO 83/1989, de 18 de mayo por el que se regula la organización y funcionamiento de los Servicios de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Autónoma de Castilla y León. Consejería de Cultura y Bienestar Social, Dirección de Salud Pública y Asistencia. BOCYL 24-05-1989.
- ORDEN de 9 de marzo 1990, de la Consejería de Cultura y Bienestar Social, por la que se regula la estructura de coordinación en materia de Salud Mental y asistencia psiquiátrica de la Comunidad Autónoma de Castilla y León. BOCYL 21-03-1990.
- DECRETO 212/1998, de 8 octubre, por el que se aprueba el II Plan de Salud de la Comunidad de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. BOCYL 14-10-1998.
- DECRETO 283/1998 de 23 de diciembre por el que se crea el Consejo Regional y los Consejos Provinciales para las personas con discapacidad de Castilla y León.
- ACUERDO 58/2003, de 24 de abril, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueba la Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. BOCYL 30-04-2003.

- DECRETO 59/2003, de 15 de mayo, por el que se aprueba el II Plan Socio-sanitario de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. BOCYL 21-05-2003.
- ESTRATEGIA REGIONAL DE SALUD MENTAL Y ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA EN CASTILLA Y LEÓN (2003-2007).

EXISTENCIA DE ITINERARIOS:

*—La Historia deberá ser una evaluación funcional para el posterior diseño de un **Plan Individualizado de Rehabilitación (P.I.R.)**, relacionado con las demandas ambientales y las del sujeto y acorde con el principio de la individualización. Este Plan Individualizado de Rehabilitación deberá figurar en la Historia de cada paciente y se efectuará un seguimiento del mismo y su aplicación en el tiempo. Por supuesto, el Centro de Rehabilitación Psicosocial deberá disponer de una cartera de servicios que estará vinculada al Programa Individualizado de Rehabilitación”.*

(Pliego de prescripciones técnicas para la contratación del centro de rehabilitación psicosocial del área de salud de Zamora, 2003: 4)

TIPOLOGÍA DE SERVICIOS Y CENTROS:

—La intervención en el Centro de Rehabilitación Psicosocial, abarca áreas de entrenamiento y formación que configuran el tratamiento integral de las personas con enfermedad grave y prolongada. Dichas áreas son:

- . Programa de actividades de la vida diaria.
- . Programa de Rehabilitación de Capacidades Cognitivas
- . Programa de Habilidades Sociales
- . Programa de autocontrol emocional / terapia cognitiva
- . Programa de conciencia y conocimiento de la enfermedad
- . Programa de psicomotricidad
- . Programa de asesoramiento y apoyo familiar y de recursos
- . Programa de ocio y tiempo libre
- . Programa de Integración Socio-Comunitaria
- . Programa de rehabilitación laboral

Programa de rehabilitación laboral: La intervención en este aspecto se articulará principalmente en relación con los siguientes ámbitos:

- Orientación vocacional

- *Entrenamiento en hábitos básicos de trabajo y de habilidades sociales de ajuste laboral*
- *Apoyo a la formación profesional: curso de formación agropecuaria, curso de informática, curso de conocimientos básicos y educación de adultos*
- *Técnicas de búsqueda de empleo y conocimientos sobre legislación laboral*
- *Búsqueda de empleo y apoyo a la inserción laboral*
- *Talleres ocupacionales*
- *Taller pre-ocupacional: en el cual se están trabajando habilidades pre-laborales necesarias para el buen funcionamiento en otros recursos”.*

(Pliego de prescripciones técnicas para la contratación del centro de rehabilitación psicosocial del área de salud de Zamora, 2003: 5)

5.4.4.11 EXTREMADURA

DENOMINACIÓN DEL RECURSO:

Según el Portal Web del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD), el recurso de rehabilitación laboral en esta Comunidad Autónoma son los Dispositivos de Orientación, Rehabilitación e Inserción Laboral están dirigidos a fomentar la integración laboral de las personas con trastorno mental grave.

Tienen el fin de promover la adquisición o recuperación de conocimientos y habilidades necesarias para facilitar el acceso al empleo y a la inserción laboral de estas personas, velando por promover la normalización en la integración, la autonomía y la independencia.

Para ello, fomentarán la utilización de servicios normalizados para la formación, promoción e incorporación laboral, e impulsarán acciones específicas dirigidas a las personas con trastorno mental grave.

NORMATIVA AUTONÓMICA:

- ORDEN de 2 de septiembre de 1996, por la que se crea la Oficina de Coordinación de Salud Mental. Consejería de Bienestar Social. BOE 17-09-1996.
- LEY 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura. Comunidad Autónoma de Extremadura. BOE 25-07-2001.

- DECRETO 146/2005, de 7 de junio, por el que se regulan los Centros de Rehabilitación Psicosocial de la Comunidad Autónoma de Extremadura y se establecen los requisitos exigidos para la autorización de los mismos. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. DOE 14-06-2005.
- DECRETO 92/2006, de 16 de mayo por el que se establece la organización y funcionamiento de la atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. DOE 25-05-2006.
- DECRETO 151/2006, de 31 de julio, por el que se regula el Marco de Atención a la Discapacidad en Extremadura (MADEX). Consejería de Bienestar Social. DOE 08-08-2006.
- DECRETO 222/2008, de 24 de octubre, por el que se aprueban los Estatutos del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- DECRETO 107/2010, de 23 de abril, por el que se crea y regula la composición y funcionamiento del Consejo Regional de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- II PLAN DE SALUD MENTAL 2007-2012

TIPOLOGÍA DE SERVICIOS Y CENTROS:

Según la misma fuente citada anteriormente, existen dos modalidades principales de estos dispositivos:

- **Programa de Orientación e Inserción Laboral:** Es un dispositivo destinado a promover la orientación e inserción laboral de personas con trastorno mental grave, que presenten especiales dificultades para el acceso al empleo. Desde dicho Dispositivo se ofrecerá orientación, información, formación, y apoyo en el proceso inserción laboral de la persona con enfermedad mental. Es por tanto un Dispositivo dedicado principalmente a la Orientación e inserción Laboral. Estos programas son llevados a cabo por Técnicos de Inserción Laboral.
- **Programa de Rehabilitación Laboral:** Es un recurso destinado a favorecer la rehabilitación, formación e integración en el ámbito laboral de las personas con trastorno mental grave. Estos programas son desarrollados por un equipo

multidisciplinar especialista en la rehabilitación e inserción laboral de personas con trastorno mental grave.

Pero al mismo tiempo, FEAFES-Extremadura pone en marcha el **Programa de Integración Laboral y Ocupacional**, en el que se ofrece orientación, información, formación y apoyo en todo el proceso. Está coordinado con los recursos de la Red de Salud Mental de Extremadura con el fin de tener un abordaje integral de las personas con enfermedad mental. Es un servicio público y gratuito, cuyo objetivo general es dotar a las personas con enfermedad mental de las destrezas y habilidades necesarias para acceder y mantenerse en el mundo laboral/ocupacional.

Entre los objetivos que persigue dicho dispositivo están: Potenciar la integración laboral de los pacientes, mediante el desarrollo de acciones que promuevan la participación social y laboral.

- Estimular hábitos básicos de trabajo necesarios para la integración laboral plena.
- Desarrollar itinerarios formativos-laborales adecuados a las características de cada persona.
- Apoyar en la formación y en la inserción laboral de las personas con trastorno mental grave.
- Favorecer el mantenimiento de la persona en su entorno, potenciando su integración social, laboral y familiar y el uso de recursos normalizados.
- Ofrecer apoyo, formación y asesoramiento a las personas y a sus familias, de modo que puedan ser más competentes en el manejo de los cambios producidos por la inserción laboral de su familiar.
- Mejorar la calidad de vida de la persona con enfermedad mental contribuyendo a su plena rehabilitación a través de la integración laboral.
- Desarrollar en la comunidad acciones de sensibilización sobre la problemática laboral de las personas con trastorno mental grave y de modificación de los estigmas sociales de la misma.

En la Comunidad autónoma de Extremadura existen dos centros, uno en Badajoz y otro en Cáceres, ambos disponen de 30 plazas y son de carácter público, dependientes y financiados por el Servicio Extremeño de salud, pero gestionados por APAFENES (Cáceres) y por Fundación Sorapán de Rieros (Badajoz).

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS:

Tener un diagnóstico de trastorno mental grave.

- Presentar déficit en su integración social y laboral.
- Estar en edad laboral.
- Tener un mínimo nivel de autonomía personal que le permita la participación
- Presentar dificultades en alguno de los momentos del proceso de integración.
 - Elección del trabajo.
 - Consecución del trabajo.
 - Conservación del trabajo.
- Residir en la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- Presentar una situación psicopatológicamente compensada.
- Ser persona y estar en seguimiento por el equipo de salud mental de referencia.
- Aceptar voluntariamente las condiciones del recurso.

FORMA DE ACCESO:

El acceso de personas a los Dispositivos de Orientación, Rehabilitación e Inserción Laboral se producirá siempre a través de la derivación realizada por los profesionales de los servicios de salud mental:

- Equipos de Salud Mental del Área
- Centros de Rehabilitación Psicosocial
- Unidades de Rehabilitación Hospitalaria (Únicamente en las áreas que estas existan).

A tal efecto, existirá un informe específico de derivación a los Dispositivos de Orientación, Rehabilitación e Inserción Laboral, que será cumplimentado por el profesional de la red de salud mental. El informe de derivación tiene como objetivo fundamental proporcionar los datos mínimos y suficientes que permitan al Dispositivo determinar la idoneidad de una persona para su acceso al mismo.

5.4.4.12 ISLAS BALEARES

DENOMINACIÓN DEL RECURSO:

Según la “Guía de recursos y situación de la red de salud mental de las Islas Baleares”, los recursos existentes en esta Comunidad Autónoma son dos:

1. —*Las Unidades Comunitarias de Rehabilitación: Se trata de dispositivos que ofrecen, en régimen ambulatorio, programas de rehabilitación psicosocial a personas con trastorno mental grave y persistente mayores de 18 años con dificultades de integración social, familiar o laboral.*

Entre sus funciones están:

- a) Desarrollar programas de rehabilitación e inserción para conseguir la máxima integración social con trastorno mental grave.*
- b) Apoyar a los programas y dispositivos ocupacionales, de integración laboral, de alojamiento comunitario y de ocio y tiempo libre”.*

(Guía de recursos y situación de la red de salud mental de las Islas Baleares, 2011: 11)

2. —*Los Servicios de integración e inserción laboral: Son servicios destinados a desarrollar programas para los pacientes con perspectivas de reinserción laboral. Están orientados a favorecer todas las medidas de intervención necesarias para integrar y mantener a los pacientes con alguna enfermedad mental crónica en el entorno laboral.*

Hay que distinguir distintos niveles, que van desde el taller ocupacional hasta el trabajo normalizado, pasando por centros especiales de trabajo, trabajo protegido y trabajo con apoyo”.

(Guía de recursos y situación de la red de salud mental de las Islas Baleares, 2011: 12)

NORMATIVA AUTONÓMICA:

- DECRETO 37/2001 de creación del Foro de Salud Mental.
- DECRETO 29/2002 de estructura orgánica del Servicio Balear de Salud.

- DECRETO 34/2002 que modifica el Decreto 86/2000, que modifica los Decretos 86/2000 y 192/1996 de organización del Servicio Balear de Salud (SERBASA) y Gestión Sanitaria de Mallorca (GESMA).
- DECRETO 99/2002, de 19 de julio, de ordenación de la atención a la salud mental en la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares. Consejería de Sanidad y Consumo. BOIB 30-07-2002.
- LEY 5/2003 de 4 de Abril DE SALUD de las Islas Baleares. BOIB 22-04-2003.
- ORDEN, 7 Mayo de 2004, por la que se regula la Comisión Institucional de Salud Mental de las Islas Baleares. BOIB 20-05-2004. Posteriormente reformulada en la ORDEN del 23 de Enero de 2006. BOIB 14-02-2006.
- ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL ISLAS BALEARES 2004-2006.

EQUIPO PROFESIONAL:

Según esta misma fuente, cada equipo está compuesto por: coordinador psiquiatra, psicólogo clínico, enfermera, trabajador social, terapeuta ocupacional, monitores de rehabilitación y auxiliar administrativo.

Como vemos, estas Unidades comunitarias de rehabilitación son un apoyo a los programas de integración laboral.

5.4.4.13 LA RIOJA

DENOMINACIÓN DEL RECURSO:

El recurso de rehabilitación psicosocial y/o laboral de la CC.AA de La Rioja es el Centro Ocupacional-Laboral de la Asociación ARFES.

Según el portal web de la Asociación Riojana de Familiares y Enfermos Psíquicos (ARFES), se trata de “un Centro de Servicios Sociales especializado, de atención diurna, abierto y polivalente, que ofrece distintos Servicios y Programas dirigidos a la integración y rehabilitación educativa, psico – social y laboral de las personas con

enfermedad mental, mediante la realización de actividades capacitadoras, terapéuticas y rehabilitadoras de formación ocupacional pre – laboral y de ajuste personal y social”.

“Las intervenciones con las personas desde las distintas áreas se encaminarán a la potenciación de sus capacidades funcionales, personales y sociales, buscando su máximo desarrollo”.

NORMATIVA AUTONÓMICA:

- DECRETO 38/1985, de 30 de septiembre, en el que se fundamenta el modelo de actuación de la Salud Mental en La Rioja.
- LEY 4/1991, de 25 de marzo, en la que se establece la creación del Servicio Riojano de Salud. BOE 22-05-1991.
- ORDEN de 20 de junio de 1996, de la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social, por la que se crea el Consejo Sectorial de Discapacitados. BOR 27-06-1996.
- LEY 2/2002, de 17 de abril 2002. Salud. BOR 23-04-2002 y 03-05-2002.
- DECRETO 30/2005, de 22 de abril, por el que se establece la estructura orgánica de las Áreas de Salud y Zonas Básicas de Salud. BOR 20-04-2005.
- PLAN DE SALUD MENTAL DE LA RIOJA 2012-2015. Servicio Riojano de Salud.

TIPOLOGÍA DE SERVICIOS Y CENTROS:

En el portal web de ARFES se especifica toda la información relativa a las áreas de intervención que se desarrollan para con las personas con enfermedad mental grave, en concreto son dos: rehabilitación laboral y rehabilitación psicosocial:

ÁREA DE REHABILITACIÓN LABORAL:

Desde ARFES, la rehabilitación laboral es entendida como un proceso específico, estructurado e individualizado, dirigido a preparar y ayudar a personas con enfermedades mentales crónicas para favorecer su acceso y mantenimiento en el mundo

laboral. El proceso de intervención en rehabilitación laboral, se articula siempre en relación a los siguientes ámbitos: orientación vocacional, entrenamiento en hábitos básicos de trabajo y habilidades sociales de ajuste laboral, apoyo a la formación profesional, búsqueda de empleo y apoyo a la integración laboral.

Los programas que se desarrollan diariamente son los siguientes:

a) **Programa de formación laboral:** Se pretende que la persona adquiera las habilidades, conocimientos y formación necesaria sobre el mundo laboral, que lo haga más competente para encontrar y acceder a un empleo. Se llevan a cabo distintos cursos y talleres:

- Taller de habilidades pre-laborales
- Taller de Motivación para el empleo
- Cursos de formación laboral especializada (confección industrial, mantenimiento de instalaciones, limpieza industrial, jardinería, etc)
- Cursos de Internet y acceso a las nuevas tecnologías.

Inserción y seguimiento de personas insertados en otros recursos formativo-laborales de la comunidad.

b) **Programa de iniciación productiva: formación y entrenamientos en hábitos básicos de trabajo.**

En este programa se pretende un entrenamiento en hábitos básicos de trabajo, que son condición necesaria para desempeñar cualquier puesto laboral. Este proceso de entrenamiento se desarrolla en el Taller laboral del Centro Ocupacional, en un entorno paralaboral, ofreciendo un contexto práctico y flexible.

Las tareas laborales que en esta parte práctica se desarrollan consisten en un manipulación de materiales que nos proporcionan diversas empresas: cartonaje, montaje y embalaje de piezas industriales, etiquetado y embolsado de diversos productos, papelería, etc. Estas tareas se dirigen a trabajar aspectos como constancia,

responsabilidad y autonomía, entrenamientos en la ejecución del trabajo y desarrollo de destrezas manuales, conocimiento práctico de las fases de la secuencia laboral, etc.

Además de esta parte práctica, dentro de este programa, también se trabajan habilidades sociales de ajuste al entorno laboral, ofreciendo un entrenamiento en las habilidades necesarias para interactuar con compañeros y supervisores, así como manejar problemas y situaciones que se presenten. Este programa se considera imprescindible como preparación de la persona de cara a su inserción en el mercado laboral.

c) Programa de apoyo a la integración laboral:

Se trabaja con aquellas personas que hayan superado el proceso de rehabilitación laboral anteriormente expuesto, para alcanzar el objetivo final del mismo, esto es, el acceso y mantenimiento de un empleo.

Alternativas que se trabajan con apoyo del Preparador Laboral del centro:

- Inserción laboral en el mercado ordinario.
- Empleo con apoyo
- Empleo protegido (C.E.E.)
- Autoempleo.

También, dentro de este programa, se desarrollarán una serie de tareas específicas dirigidas a la información y mentalización del ámbito empresarial.

También tienen un ÁREA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL.

EQUIPO PROFESIONAL:

Según el portal web de la Asociación Riojana de Familiares y Enfermos Psíquicos (ARFES) “La atención es prestada por profesionales especializados. Los distintos servicios y programas que se desarrollan integran una metodología de trabajo interdisciplinar, dinámica y operativa, posibilitándose un abordaje integral de la problemática y un refuerzo de la labor educativa y terapéutica”.

5.4.4.14 MURCIA

DENOMINACIÓN DEL RECURSO:

Para poder hablar del modelo de integración laboral para personas con enfermedad mental en la Región de Murcia, debemos consultar la guía para familiares: “El apoyo familiar para la integración laboral de las personas con enfermedad mental: una nueva forma de prevención en salud mental” elaborada por la Federación murciana de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental (FEAFES).

Según cita la misma guía, dicho modelo es la implantación simultánea de 4 Programas de fomento del empleo en personas con enfermedad mental, que van a perseguir el mismo objetivo “el acceso al mundo laboral de las personas con enfermedad mental, de la manera más integradora y normalizadora posible”.

Los 4 programas a los que hace referencia son: a) Programas de rehabilitación y formación laboral, b) Programas ocupacionales, centrados en los centros ocupacionales (CO) y en los enclaves ocupacionales, c) Centros especiales de empleo (CEE) y d) Programa de inserción laboral.

NORMATIVA AUTONÓMICA:

- LEY 2/1990, de 5 de abril, de creación del Servicio de Salud de la Región de Murcia. BOE 2605-1990.
- ORDEN de 13 de mayo de 1995, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, sobre sectorización de los servicios asistenciales de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Murcia. BORM 27-06-1995.
- LEY 3/2003, de 10 abril, del Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia.
- V Convenio entre la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través de la Consejería de Trabajo y Política Social y la Federación Murciana de Asociaciones de Familiares y Enfermos Mentales, (FEAFES-Murcia), para la realización de un proyecto del Plan de Acción para personas con discapacidad. Consejería de Trabajo y Política Social. BORM 03-01-2006.

- Plan de Salud Mental Región de Murcia 2010-2013.

FORMA DE ACCESO AL RECURSO:

En este modelo no existe derivación por parte de salud mental, no se establece la coordinación estrecha con este recurso.

EXISTENCIA DE ITINERARIOS:

En este modelo murciano se produce la inclusión de la fase de formación junto a la de rehabilitación de manera necesariamente simultánea en el modelo murciano, estando presente en diferentes momentos (al menos en dos) en el modelo de los CRL; primero en el momento de entrada y previo a la evaluación por parte de todo el equipo, y después una vez que se acepta conjuntamente el PIRL y la persona se ha sometido a la fase de orientación vocacional. Por tanto, la formación está presente en gran parte de todo el proceso, al igual que son importantes las preferencias de las personas a la hora de elegir sus deseos hacia desempeñar determinados puestos de trabajo, es importante (sobre todo en este tipo de colectivos) que dado que en muchas ocasiones presentan dificultades de percepción importantes, es recomendable proponer a la persona diferentes tareas y diferente formación, lo cual puede ayudar a identificar un óptimo desempeño ayudados por la mirada objetiva de los profesionales que componen en equipo de trabajo de los CRL y del equipo de salud mental con quienes comparten toda esa información.

TIPOLOGÍA DE SERVICIOS Y CENTROS:

Se trata de un programa de FEAFES, dedicado a la formación ocupacional, la cual está diferenciada de la formación pre-laboral. En este caso, entra en juego un recurso absolutamente diferente, los centros ocupacionales (en adelante, CO). Antes de seguir, hemos de saber que los CO son recursos para personas con discapacidad que, por su diagnóstico, tienen con muy escasas posibilidades de acceder al mundo laboral. Como se indica en la propia guía:

—El objetivo básico de los centros ocupacionales es el desarrollo personal de las personas con minusvalía en orden a lograr, dentro de las posibilidades de cada uno la superación de los obstáculos que la minusvalía les supone para su integración laboral. Es importante, hacer hincapié en que la actividad ocupacional es el conjunto de actividades, tareas o labores, que son realizadas por personas con discapacidad, de acuerdo a sus condiciones individuales, bajo la orientación de profesionales del centro, y que, aún sin participar propiamente de la dinámica del mercado económico, están encaminadas a la obtención de objetos, productos o servicios. Consideramos importante tener en cuenta la motivación y funcionalidad de las actividades ocupacionales, para que cumplan su objetivo dentro del proceso de integración laboral, y no pasen a ser un aspecto más de la rehabilitación psicosocial de las personas con enfermedad mental”

(FEAFES, 2010: 28-29)

Del mismo modo ocurre con los enclaves ocupacionales:

—Los enclaves ocupacionales consisten en que un grupo de personas que están inscritas a un Centro Ocupacional, desarrollen alguna actividad de apoyo en un Centro Especial de Empleo. Esta posibilidad no tiene una regulación específica. Los enclaves ocupacionales tienen sentido como puente de transición entre los programas ocupacionales, y los que son genuinamente de empleo. Se configura como un lugar de tránsito, con carácter de evaluación o entrenamiento, debe estar limitado en el tiempo (un periodo no superior a seis meses) y debe contar con un responsable que cuide y verifique todos estos aspectos”.

(FEAFES, 2010: 29)

El siguiente programa al que hace referencia el modelo FEAFES es el de Centros especiales de empleo (CEE). En este punto, nos podemos dar cuenta que este modelo no es más que la suma de recursos destinados al colectivo sin más. Se puede entender entonces como es imposible hablar de Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) en la región de Murcia, ya que tendríamos que compartir en un mismo espacio: CO, CEE, enclaves ocupacionales, etc.... cuestión que si bien pudiera ser factible físicamente no lo es a nivel de intervención. Como mucho los CRL y los CEE pueden estar coordinados en las últimas fases del itinerario (intermediación laboral, inserción laboral y seguimiento), pero los propios CEE no se pueden convertir en una fase más del itinerario porque son un recurso diferente.

Por último, este modelo establece un cuarto programa, denominado Programa de inserción laboral, el cual:

—tiene el propósito de proporcionar a las personas con enfermedad mental una serie de habilidades para la búsqueda de trabajo normalizado, creando un servicio de captación, acogida, información y valoración individual para la realización de un itinerario de inserción laboral personalizado y cuyo último objetivo será su inserción en el empleo ordinario”

(FEAFES, 2010: 31)

Es en éste último programa donde por fin se habla del itinerario de inserción laboral (que no socio-laboral) personalizado. Una vez más debemos hacer hincapié en un nuevo error conceptual, ya que el itinerario (lógicamente, centrado en la persona), debe ser el proceso global en el que se encuentra la persona desde el primer momento en que decide buscar un empleo, no es conveniente que la persona participe de una serie de programas (cuatro, en el caso de este modelo de la Región de Murcia) y sólo al final de esa amalgama de recursos, se establezca un itinerario “en colaboración con la persona”, que no de forma compartida. Por lo tanto, esta fase llega tarde y mal planteada, si estamos defendiendo, porque así los datos lo indican, la idoneidad del modelo de CRL de la Comunidad de Madrid.

Tampoco es conveniente establecer unos requisitos de acceso al itinerario, como se establece en dicha guía:

- *—Disponer de la adecuada supervisión médico-psiquiátrica y de rehabilitación psicológica-social, que garantice el control de la patología.*
- *Haber pasado por algún tipo de programa de rehabilitación donde se hayan trabajado unos niveles mínimos de autonomía, habilidades sociales y en definitiva, o en su defecto, disponer de un conjunto de repertorios y habilidades suficientes para el desempeño de un puesto de trabajo ordinario”.*

(FEAFES, 2010: 31)

En el caso de los CRL de la Comunidad de Madrid, la persona viene derivada, desde el primer momento por los servicios de salud mental, con lo que se garantiza esa adecuada supervisión médico-psiquiátrica, en el caso del modelo murciano se señala únicamente que existe estrecha colaboración para el desarrollo del programa. Tampoco es requisito haber pasado por otros programas de rehabilitación para poder acceder al itinerario, ya que es el itinerario al completo en todas sus fases el que va a proveer a las personas de esas habilidades necesarias para el desempeño de un empleo en un entorno normalizado u ordinario.

Las actuaciones que se desarrollan en dicho programa son manifiestamente insuficientes (Análisis del mercado de trabajo, Sensibilización en las empresas para el fomento de la contratación, Acciones encaminadas a facilitar la capacidad de colocación de los demandantes de empleo, a través de la coordinación con el tejido empresarial de la Región, Atención al papel de la familia, entendiendo que esta constituye un soporte fundamental de apoyo a la persona en todo el itinerario de inserción laboral), como también lo son las fases del itinerario, a lo que denominan acciones individualizadas con las personas del programa:

—Entrevista ocupacional individualizada, Concreción del Itinerario Individual de inserción laboral, en colaboración con la persona, Inclusión de la persona en la bolsa de empleo, Búsqueda activa de empleo por parte del programa y de la persona, Planes específicos para la adquisición de experiencia profesional, Información y asesoramiento para el autoempleo u otro tipo de iniciativas empresariales y Seguimiento laboral en el puesto de trabajo”.

(FEAFES, 2010: 32)

Donde no hay cabida para la formación que, como he señalado, está fuera del itinerario y sí dentro de un programa previo. Tampoco se habla de forma expresa de intermediación con empresas, sólo de búsqueda activa de empleo (BAE), lo cual puede inducir a error al tratarse de un proceso puramente individual que realizan las personas, no tanto así las instituciones, que se dedican a la intermediación con empresas. La mera creación de una bolsa de empleo, y el incluir a una persona en la misma, una vez se ha concretado el itinerario, para establecer una fase posterior de BAE compartida entre el programa y la persona no indica la existencia de un itinerario bien planteado, echo de menos datos concretos en relación a las tasas de inserción de este modelo, pero mucho me temo que dado el planteamiento conceptual que lo sostiene, no deben ser muy altas.

EQUIPO PROFESIONAL:

Dicho proyecto atiende a unas 200 personas con enfermedad mental. El equipo de trabajo está formado por una trabajadora social.

DATOS DE INSERCIÓN:

El análisis de las memorias de actividad (2010, 2011 y 2012) de dicha entidad, nos indica que el modelo de integración laboral para personas con enfermedad mental de FEAFES Región de Murcia, el cual desarrolla el proyecto de inserción laboral de personas con enfermedad mental, presenta unos resultados de inserción son del 10%.

5.4.4.15 NAVARRA

DENOMINACIÓN DEL RECURSO:

Dentro de la cartera de servicios que el Gobierno de Navarra ofrece a las personas con trastorno mental grave, se encuentra el “Centro ocupacional para personas con enfermedad mental”, cuyo objetivo es prestar un Servicio en un establecimiento específico para ofrecer programas de actividad ocupacional y de desarrollo personal y social a personas con enfermedad mental que no pueden integrarse en una actividad laboral de mercado, sea centro especial de empleo o empresa ordinaria.

Asimismo, la Asociación Navarra para la Salud Mental (ANASAPS), entidad perteneciente a FEAFES, desarrolla un programa de formación prelaboral, siendo este el recurso que más se aproxima al modelo de la Comunidad de Madrid.

NORMATIVA AUTONÓMICA:

- DECRETO FORAL 209/1991, de 23 de mayo, por el que se desarrolla la Ley foral 9/1990.
- ORDEN FORAL 153/1996, del 18 de Julio, del Consejero de Salud, por la que se crea el comité de expertos en Rehabilitación en Integración social de enfermos psíquicos. BON 12/8/1996.
- LA LEY FORAL 15/2006 DE 14 DE DICIEMBRE DE SERVICIOS SOCIALES en sus Disposiciones Generales establece que, entre otros, son objeto de esta Ley:

- En desarrollo de la citada Ley se aprueba LA CARTERA DE SERVICIOS SOCIALES POR D.F. 69/2008, de 17 de junio, que es el instrumento en el que se establecen las prestaciones del sistema público de Servicios Sociales.
- PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL NAVARRA 2012-2016.
- PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE 2005 y en su posterior desarrollo:
- REORDENACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE 2010.

TIPOLOGÍA DE SERVICIOS Y CENTROS:

Como hemos indicado, uno de los recursos que ofrece el Gobierno de Navarra a las personas con trastorno mental grave, es el “Centro ocupacional para personas con enfermedad mental”.

Pero el recurso que más se aproxima al modelo de la Comunidad de Madrid es el Programa de Formación Prelaboral de la Asociación Navarra para la Salud Mental (ANASAPS), entidad perteneciente a FEAFES.

Tal y como se indica en el portal web de dicha asociación, se trata de un programa diseñado para facilitar y promover que las personas con enfermedad mental se incorporen al mercado laboral ordinario, ofreciendo orientación, información y apoyo en el proceso de inserción laboral.

Los servicios ofrecidos en este programa son:

- Bolsa de empleo.
- Taller de Habilidades Prelaborales.
- Entrevistas.
- Club de empleo.

5.4.4.16 PAÍS VASCO

DESARROLLO HISTÓRICO:

Según el documento: “Reflexión sobre la inserción laboral de los enfermos mentales en Euskadi” realizado en 2002 por Fundación Eragintza: el origen de la rehabilitación socio-laboral de las personas con enfermedad mental en el País Vasco, hay que situarlo en diciembre de 1991, fecha en que se constituye dicha fundación, para dar respuesta a las necesidades de apoyo de las personas con enfermedad mental severa para su rehabilitación e inserción socio-laboral. Esto fue posible gracias a la inquietud de sus promotores y al compromiso de Bilbao Bizkaia Kutxa, de la cual Eragintza es Obra Social en colaboración, y de la Diputación Foral de Bizkaia.

Para entender el origen de la rehabilitación laboral en el País Vasco, debemos repasar la historia y los diferentes hitos de la Fundación Eragintza:

—La Fundación Eragintza es pionera en el País Vasco en cuanto a la especificidad de su objetivo fundacional (rehabilitación e inserción sociolaboral) con personas con enfermedad mental severa. Por ello, tuvo que dedicar parte de sus primeros esfuerzos a crear una —eintera” de profesionales en este campo a través de varios cursos de formación entre los años 1992 y 1996:

- 3 cursos de —Monitores de Rehabilitación Laboral de Personas con Trastornos Mentales”. Total: 1020h. y 96 alumnos.*
- 1 curso de —Gestión empresarial para Promotores de empresas empleadoras de personas con trastorno mental de larga evolución”. 250h. y 20 alumnos.*
- 1 curso sobre el —Vínculo Afectivo y su Aplicación a la Rehabilitación y Prevención”. 77h. y 35 alumnos.*

Paralelamente, y en colaboración con la Asociación Vizcaína de Familiares y Enfermos Mentales (AVIFES) y la Fundación Argia, la Fundación Eragintza puso en marcha en 1993 un Centro Especial de Empleo dedicado a la actividad de lavandería industrial (LAVANINDU S.L.) para proporcionar empleo remunerado a las personas con trastornos mentales severos.

En 1994, con el objeto de ampliar la gama de servicios y de estructurar y coordinar todo el proceso de rehabilitación laboral en diferentes fases, Eragintza abre un centro donde centraliza sus oficinas y los programas de formación para los profesionales. En este centro se proporciona a las personas de diferentes servicios: acogida y valoración desde los centros de referencia,

formación básica, entrenamiento en habilidades socio-laborales, orientación y apoyo hacia el empleo (protegido y normalizado).

Además, con el objeto de impulsar y ampliar su programa de rehabilitación e inserción socio-laboral y de intercambiar experiencias con otros proyectos que trabajan en el mismo campo, Eragintza se incorporó a la iniciativa comunitaria HORIZON a través de la red ACCEPT de la que fue miembro fundador. Esta red transnacional se puso en marcha en Noviembre de 1995. La implicación en esta red contribuyó en gran medida a la puesta en marcha por parte de Eragintza de diversos recursos de formación ocupacional y trabajo protegido:

- 1995 -Taller de Formación Ocupacional en Encuadernación artesanal.
- 1996-Centro Ocupacional de Encuadernación, Taller de Formación Ocupacional en Jardinería, Taller de Formación Ocupacional en Hostelería.
- 1997 - Centro Ocupacional de Jardinería
- 1999 - Centro Ocupacional de Hostelería
- En Abril de 2002 se pone en marcha el 4º Centro Ocupacional y se ubica dentro del Centro Especial de Empleo LAVANINDU. Este nuevo recurso además de proporcionar a las personas otra oportunidad de formación y trabajo protegido, en este caso en lavandería industrial, sirve como medio de transición al Centro Especial de Empleo donde está ubicado.

El progresivo crecimiento en recursos materiales y humanos de la Fundación Eragintza ha permitido incrementar de forma importante el número de personas a los que presta sus servicios, desde los 30 trabajadores de LAVANINDU con enfermedad mental en 1993 hasta las 416 personas atendidas en 2001. El objetivo es continuar aumentando recursos para poder atender a todas las personas que lo necesiten. La Fundación Eragintza parte del principio de que es necesario ofrecer la gama más amplia posible de recursos e intervenciones para la rehabilitación e inserción socio-laboral: orientación vocacional; formación básica y ocupacional; entrenamiento en habilidades socio-laborales y de búsqueda de empleo; empleo protegido; apoyo para acceso y mantenimiento en empleo normalizado; etc.). Todo ello se articula en itinerarios individualizados con caminos de ida y vuelta, cuando así lo requiere la situación y necesidades de la persona con enfermedad mental severa, para poder facilitar y apoyar eficazmente que cada persona alcance el máximo nivel posible de integración laboral”

(Ellexpuru y Azaldegui, 2002: 2-3).

NORMATIVA AUTONÓMICA:

- ORDEN de 1 de octubre de 1987, del Departamento de Sanidad y Consumo por la que se crea la Comisión para la Reforma de los Servicios de Salud Mental de la CAPV (Comunidad Autónoma País Vasco). BOPV 14-04-1987.
- ESTRATEGIA EN SALUD MENTAL DE LA CAPV DE 2010.

TIPOLOGÍA DE SERVICIOS Y CENTROS:

Como podemos observar, el modelo vasco también se nutre de otros recursos para incorporar a su catálogo de servicios. Estos recursos son dos: Los Centros especiales de empleo (CEE) y los Centros ocupacionales (CO). En el caso de la Comunidad de Madrid, los CRL establecen una estrecha colaboración especialmente con los CEE, sin embargo, no forman parte de los servicios propios de los CRL. Si podemos decir que CEE y CRL comparten la misma filosofía de perseguir la inserción socio-laboral del colectivo, en el caso de los CEE, estamos hablando de un recurso finalista (cuya misión principal es ofrecer un puesto de trabajo, aunque presten atención a otras fases del itinerario, especialmente la formación y el seguimiento) y en el caso de los CRL de un recurso intermedio que centra su atención en los itinerarios y en la propia rehabilitación laboral, la cual culmina en el empleo, pero para ello, debe tratar antes otros muchos aspectos, para conseguir su objetivo. Por el contrario, el caso de los centros ocupacionales (cuya finalidad, según la consejería de asuntos sociales de la Comunidad de Madrid, es el desarrollo de las habilidades profesionales, personales y sociales de las personas cuya discapacidad les impide, de forma provisional o definitiva, integrarse laboralmente), se aleja aún más de este objetivo, ya que su cometido principal es el de constituirse como etapa de tránsito hacia los CEE y en el mejor de los casos, hacia las empresas ordinarias (máxima expresión de la autonomía laboral de las personas con discapacidad). En este sentido, el propio Defensor del pueblo vasco muestra su preocupación respecto a este extremo:

—De igual modo, parece necesario revisar o regular la relación existente entre centros especiales de empleo y centros ocupacionales, que muchas veces utilizan instalaciones contiguas o conjuntas, o dependen de las mismas entidades, lo que tiene sus ventajas pero también sus riesgos, como la ocupación, más o menos esporádica, de personas atendidas en centros ocupacionales en tareas claramente laborales, productivas, sin contratación, contraprestación o condiciones adecuadas”

(Lamarca, 2009: 36).

Como hemos señalado, de todos los recursos de que dispone esta fundación en su programa de rehabilitación laboral, el Centro de rehabilitación socio-laboral de Bilbao, es, sin duda, el recurso más parecido a los CRL. Los servicios prestados por dicho

centro son: acogida y valoración, apoyo psicológico, formación, apoyo en la búsqueda y mantenimiento del empleo y club de trabajo.

En el País Vasco, aparte de la Fundación Eragintza, existen otras entidades que promueven y trabajan por la rehabilitación laboral de las personas con enfermedad mental. Según el informe “Reflexión sobre la inserción laboral de los enfermos mentales en Euskadi”, estas entidades son:

- **“AVIFES**, la Asociación Vizcaína de Familiares y Enfermos Psíquicos, Su filosofía de atención supone la articulación de una serie de principios: igualdad, normalización, integración, individualización, rehabilitación psicosocial, apoyo social, promoción, coordinación y evaluación. La atención que se ofrece en cada servicio atiende a un proyecto individualizado e integral de rehabilitación psicosocial y soporte comunitario encaminado a favorecer la adquisición o recuperación del mayor grado posible de autonomía personal y social y asegurar su mantenimiento en el entorno comunitario en las mejores condiciones posibles de normalización y calidad de vida.
Desde el Taller Ocupacional de cableado y montajes para diversas empresas, se viene interviniendo mediante planes específicos, estructurados e individualizados. Treinta y ocho personas han participado en el programa de incorporación laboral.
Con el fin de abrir nuevas vías de inserción laboral, AVIFES durante el año 2001 ha seguido manteniendo y, en otros casos ha formalizado nuevas colaboraciones con organismos y entidades que intervienen en el campo de la incorporación laboral logrando derivar durante este año un considerable número de personas a las mismas.
- **BIZITEGI (BIZKAIA):** Asociación Bizitegi es una entidad sin ánimo de lucro, declarada "Entidad de Carácter Social" y de "Utilidad Pública", con reconocimiento de centro sanitario. Bizitegi comienza en 1980 como trabajo comunitario en el barrio de Otxarkoaga de Bilbao, con la finalidad de crear itinerarios de incorporación social. Dirigido a personas en situación de exclusión social, fundamentalmente con problemas de drogas y de salud mental, que se encuentran en fases avanzadas en su proceso de incorporación social.
La capacidad del servicio son 23 plazas: 5 en el taller de encuadernación, 6 en el de cuero y 12 en el de cartón. El 38% han conseguido trabajo, aunque no siempre con contratación.
- **LANTEGI BATUAK (BIZKAIA):** La misión de Lantegi Batuak es —generar oportunidades laborales, lo más normalizadas posibles, con el fin de lograr el máximo desarrollo de las personas con discapacidad, preferentemente psíquicas y de Bizkaia—. La plantilla de Lantegi Batuak, asciende 1.698 personas a 31 de diciembre de 2001. Todas ellas, desarrollan su labor en alguno de sus 15 centros de producción repartidos por toda Bizkaia o en uno de sus 9 servicios exteriores. De las personas con minusvalía, el 68% presenta discapacidad intelectual derivada de un retraso mental, el 19% minusvalías físicas o sensoriales y un 0,8% son personas cuya discapacidad

psíquica proviene de un trastorno o una enfermedad mental. En el 2002, tienen contratados en régimen laboral de CEE a 18 personas con enfermedad mental como primer diagnóstico de minusvalía, aunque tienen una cifra muy alta (no cuantificada) de personas que tienen asociada a su discapacidad intelectual, una enfermedad mental (psicosis, neurosis, etc).

El desarrollo sociolaboral se lleva a cabo, a través de, políticas individualizadas de formación y de adecuación, de los puestos de trabajo a las personas, tratando de lograr el máximo desarrollo personal, social y laboral de las personas que componemos Lantegi Batuak. La adecuación laboral se realiza fundamentalmente a través de una herramienta desarrollada por Lantegi Batuak, denominada “método de Perfiles de Adecuación de la Tarea a la Persona” y cuyos objetivos pasan por lograr la correcta adecuación del trabajo a la persona. Los programas de adecuación, son programas de formación individualizados que se desarrollan en el puesto y que abarcan todas las áreas reflejadas en el perfil de la persona. El Área Industrial de Lantegi Batuak, concentra las actividades de montajes mecánicos, montajes electrónicos y montajes diversos. A finales de 2001, se creó la actividad de componentes y aparellaje eléctrico. El Área de Servicio de Lantegi Batuak, concentra las actividades de limpieza industrial y vial, y jardinería, publicidad directa (Gupost), Lorelan (Centro de Jardinería), pintura industrial y vial, vending, gestión de gasolineras, quioscos de prensa, ascensores públicos y Lanerako. En la actividad Lanerako – transito al empleo, se trabaja para lograr la inserción de personas con discapacidad en empresas ordinarias desde dos modalidades: los enclaves y el empleo ordinario.

- **GUREAK (GIPUZKOA):** En 1998 el Grupo Gureak (Gipuzkoa) incluyó al colectivo de personas con enfermedad mental en su programa de inserción laboral. En la actualidad tiene alrededor de 250 personas, algunos en centros ocupacionales y otros en Centros Especiales de Empleo. Esta entidad social se puso en marcha en 1975 por iniciativa de la Asociación Guipuzcoana a favor de Personas con Deficiencia Mental (ATZEGI). Actualmente, además de ATZEGI, son accionistas también la Fundación Kutxa, la Diputación Foral de Gipuzkoa, la Fundación ONCE-FUNDOSA, el Ayuntamiento de Donostia-San Sebastián y otros. El Grupo Gureak trabaja con diferentes discapacidades que asciende a un total de 2.500 personas, siendo un 10% enfermos mentales. Esta entidad dispone de diversos Centros Ocupacionales y Centros Especiales de Empleo en el sector industrial y de servicios y cuenta con un Programa de Apoyo al Empleo Ordinario (ZEHARO). El Grupo Gureak forma parte de la Asociación de Trabajo Protegido del País Vasco (EHLABE) junto con otras entidades: Fundación Lantegi Batuak, INDESA, Taller Ranzari y Talleres Usoa.
- **ASAFES (ALAVA):** La ASOCIACION ALAVESA DE FAMILIARES Y ENFERMOS MENTALES (ASAFES), a finales de 1.999 inició una línea de intervención laboral de los mismos en el mercado laboral. El Programa de Incorporación Laboral Apoyada (P.I.L.A.) es una iniciativa que trata de facilitar la inserción laboral en empresas normalizadas a personas con minusvalía por enfermedad mental. Desde el programa se cuida tanto el momento de la contratación como todo el seguimiento necesario para mantener el puesto de trabajo. A lo largo de la corta vida de este Programa ha obtenido estos datos:

- **ASVAR:** *La Fundación Eragintza se incorporó en ASVAR desde su constitución y está representada en su Junta Promotora participando desde su experiencia en la rehabilitación laboral. En Noviembre de 2000 se constituye la Asociación Vasca de Rehabilitación Psicosocial (ASVAR) con el objetivo de integrar a todas las personas y entidades del País Vasco implicadas en la atención a las personas con enfermedades mentales graves de curso crónico, y con interés en los programas de rehabilitación como respuesta asistencial. Esta Asociación, promovida desde el Hospital Psiquiátrico de Zamudio (Bizkaia), es de carácter pluridisciplinar (psiquiatras, psicólogos, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional, etc.) y actualmente cuenta con más de 100 socios. Sus objetivos son Promover, Desarrollar y Difundir todos los aspectos implicados en el campo de la rehabilitación psicosocial (Tratamiento; Conocimientos, estudio e investigación; Formación de profesionales; Educación y sensibilización social; Coordinación entre los diversos centros de rehabilitación; Colaboración y asesoramiento a las instituciones; Desarrollo de estructuras de soporte social y programas psicosociales específicos para las personas con trastorno mental; etc.) y servir de Foro de encuentro, comunicación, debate y trabajo conjunto entre los profesionales, las personas con trastornos mentales y sus familiares y personas de apoyo. Para la consecución de todos estos objetivos se van llevando a cabo diferentes actividades: Cursos de formación (en colaboración con la Universidad de Deusto); Edición de materiales de difusión (boletines); Jornadas, Asambleas, Talleres de trabajo; Asesoría y apoyo para las entidades y grupos que trabajan en este campo; Participación en foros y plataformas relacionados con la rehabilitación psicosocial, etc”.*

(Fundación Eragintza, 2002:9-12)

EXISTENCIA DE ITINERARIOS:

Al analizar las diferentes fases que componen su “Programa de rehabilitación laboral”, tanto en el informe “Reflexión sobre la inserción laboral de los enfermos mentales en Euskadi” de 2002, como en la información disponible en la actualidad (más de 10 años después), encontramos la inexistencia de la palabra itinerario de inserción socio-laboral.

Según el informe citado de la Fundación Eragintza, estas fases se resumen en:

1. **—Fase de acogida y valoración:** *donde se produce el primer contacto de la persona con este servicio, derivado, como en el caso del modelo CRL, por los servicios de salud mental, pero no en exclusividad, sino que las derivaciones pueden proceder también de otros recursos (AVIFES, servicios sociales de Diputación y Ayuntamientos, programas de*

rehabilitación e inserción, etc). Durante la entrevista de acogida, además de ampliar la información recogida por el equipo de salud mental, se realiza una valoración general de la persona y se le proporciona información y orientación sobre los diferentes servicios del programa teniendo en cuenta sus capacidades e intereses.

2. **Fase de formación:** establecida en diferentes niveles formativos. El primero de estos niveles es el de formación básica (Idiomas, Cultura General, Coordinación, elaboración de reportajes y diseño de la revista *–Euritakoa*” (medio de información de otros servicios de rehabilitación e inserción para personas con trastorno mental), de la cual forman parte, además de ERAGINTZA: BIZITEGI, AVIFES, FUNDACIÓN ARGIA y EGUNABAR, Maquetación: Manipulación de imágenes, diseño, maquetación por ordenador y Pintura Artística. Es muy importante resaltar que estos cursos son impartidos por el equipo de voluntarios y por profesores.

El segundo de estos niveles es el de Entrenamiento en Habilidades Socio-Laborales (Habilidades de comunicación interpersonal, Técnicas de manejo de estrés, resolución de problemas y mejora de la autoestima y Orientación vocacional y técnicas de búsqueda de empleo).

El tercer nivel es el de Formación Ocupacional, la cual se imparte en cuatro centros ocupacionales en donde se imparten y ponen en práctica los conocimientos y habilidades requeridas para el desempeño de actividades laborales productivas en diversos campos como encuadernación, jardinería, hostelería y lavandería. Cada taller cuenta con maestros profesionales del oficio, encargados de la formación y supervisión de las tareas, y con monitores laborales que se centran en el ajuste psicosocial de cada persona, trabajando en coordinación con las psicólogas de Eragintza, las familias y los equipos de salud mental.

3. **Fase de trabajo protegido:** Eragintza disponía, ya en 2002, de cinco centros de trabajo protegido: cuatro centros ocupacionales y un centro especial de empleo.

Dichos centros ocupacionales son: Centro Ocupacional de Encuadernación (desde diciembre de 1996), Centro Ocupacional de Jardinería (desde octubre de 1997), Centro Ocupacional de Hostelería (creado en Abril de 1999 un Bar Restaurante), Centro Ocupacional de Lavandería Industrial (puesto en marcha en Abril de 2002), está ubicado en el Centro Especial de Empleo Lavanindu, y cuyo objetivo es potenciar la transición de sus personas del Centro Ocupacional al Centro Especial de Empleo.

El centro especial de empleo es LAVANINDU S.L. es una lavandería industrial que fue puesta en marcha en Mayo de 1993 con el patrocinio de la Fundación Eragintza, la Asociación Vizcaína de Familiares y Enfermos Psíquicos (AVIFES) y La Fundación Argia. El trabajo que se realiza en la empresa incluye tareas como el lavado, planchado y empaquetado de ropa de cama, mantelerías, uniformes, buzos, etc., para clientes del mercado abierto. En la plantilla de Lavanindu hay habitualmente 50 trabajadores con enfermedad mental. El equipo de rehabilitación está formado por 4 monitores laborales de la empresa y un psicólogo de la Fundación Eragintza.

En la actualidad el número de centros asciende a siete (a los 4 centros ocupacionales de 2002 hay que añadir un nuevo centro ocupacional de cableado), se mantiene el centro especial de empleo y se incorpora al Programa un centro de rehabilitación socio-laboral, sin duda, recurso más parecido a los CRL.

4. **Fase de empleo normalizado:** *El empleo en el mercado laboral abierto es el nivel máximo de integración laboral y el mayor reto de la Fundación Eragintza. La Fundación cuenta con 3 servicios destinados a facilitar a las personas su incorporación y mantenimiento en empleos en el mercado laboral abierto: a) Servicio de Orientación y apoyo en búsqueda de empleo (Información sobre ofertas de empleo y formación, Orientación vocacional y técnicas búsqueda empleo y Apoyo y seguimiento en búsqueda de empleo), b) Cursos de preparación de oposiciones y c) Servicio de apoyo y seguimiento en incorporación y mantenimiento del empleo normalizado.*

—La Fundación Eragintza dispone de una bolsa de empleo donde, además de figurar los perfiles profesionales de las personas candidatas a empleo normalizado y los puestos de trabajo a los que optan, se ofrece información detallada sobre los incentivos para la contratación de trabajadores con minusvalía. En el año 2001, 44 personas incorporadas en empleos normalizados han recibido apoyo y seguimiento desde la Fundación Eragintza. Los puestos de trabajo a los que han accedido han sido, entre otros, los siguientes: Jardinero, auxiliar administrativo, ordenanza, mantenimiento, camarero, operario de limpieza, programador informático, profesor de euskaltegi, calderero, mensajero, ayudante postal, servicio doméstico, peón metal, dependiente, vigilante, pintor, encuadernador, vigilante seguridad, cuidado 3ª edad, barman, montaje, carga y descarga, etc.”.

(Fundación Eragintza, 2002:3-7)

5.4.4.17 VALENCIA

DENOMINACIÓN DEL RECURSO:

En el modelo valenciano si es posible hablar de centros, en concreto de Centros de Rehabilitación e Integración Social (CRIS).

Según la Orden de 9 de mayo de 2006, de la Consejería de de Bienestar Social de la Comunidad Valenciana, estos centros se definen como “*servicios específicos y especializados, en régimen ambulatorio, dirigidos a personas con enfermedad mental crónica, con un deterioro significativo de sus capacidades funcionales, donde se llevarán a cabo programas de trabajo adecuados a las características, necesidades y*

situación concreta de las personas”. Se trata de centros de servicios sociales especializados, los cuales pertenecen a la Red de Atención a Enfermos Mentales Crónicos de la Consellería de Bienestar Social de la Generalitat Valenciana. La titularidad de dichos centros suele ser municipal, pero su gestión y dirección está encomendada a diferentes entidades (asociaciones y fundaciones en su mayoría), por la modalidad de convenios.

NORMATIVA AUTONÓMICA:

- DECRETO 148/1986, de 24 de noviembre, por el que se regula la prestación de servicios en materia de Salud Mental en la Comunidad Valenciana. Consejería de Sanidad y Consumo. DOGV 23-12-1986.
- DECRETO 132/1990, de 23 de Julio, del Consejo de la Generalitat Valenciana por el que se aprueba el Plan de Medidas de Inserción social en la Comunidad Valenciana.
- DECRETO 132/1996, de 7 de julio, del Gobierno Valenciano, por el que se asignan competencias respecto a los/as enfermos/as mentales entre la Consejería de Sanidad y la de Bienestar Social. Esta norma señala que los/as enfermos/as mentales crónicos/as generan necesidades tanto sociales como sanitarias y que ambos tipos de necesidades deben ser atendidas por las diferentes Consejerías de forma coordinada, mediante la creación de recursos socio-sanitarios específicos.
- ORDEN 13 de febrero de 1997, que recoge la catalogación y características técnicas de estructuras específicas, rehabilitadoras y residenciales, para enfermos mentales crónicos.
- PLAN DIRECTOR DE SALUD MENTAL Y ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA 2001.
- PLAN DE SALUD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA 2010-2013.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA:

Sus beneficiarios son personas adultas afectadas por enfermedades mentales graves, que impliquen un deterioro importante de su actividad social y laboral, y de sus capacidades funcionales. La capacidad de estos centros es de entre 50 y 70 plazas.

TIPOLOGÍA DE SERVICIOS Y CENTROS:

En la actualidad existen 10 centros: 4 en valencia (2 en valencia capital, Gandia y Onteniente), en Castellón (Castellón, Vall D'Uixó y Vinarós) y 3 en Alicante (Elche, Orihuela y Villena). Los pertenecientes a las provincias de Alicante y Castellón son todos de titularidad municipal, a excepción de Castellón (que pertenece a la asamblea de cruz roja de dicho municipio). Por su parte, los 4 de valencia son: 2 del GRUPO EULEN (valencia capital), el de Onteniente pertenece a ADIEM (asociación para la defensa e integración de personas con enfermedad mental) y el de Gandia a la Mancomunidad de municipio de La Safor.

Posiblemente, la existencia de otro recurso en esta Comunidad Valenciana, denominado SIL (Servicio de integración laboral), cuyo objetivo es el de facilitar la inserción laboral de personas con enfermedad mental con dificultad para acceder al mercado de trabajo, pero que cuenten con la motivación y la capacitación mínima necesaria, convierta a los centros de rehabilitación CRIS, en centros de atención más psicosocial que laboral, aunque incluyan en su catálogo de servicios alguno de carácter laboral.

Del mismo modo, revisando las actividades que se realizan en otro de los C.R.I.S de la Generalitat Valenciana, en concreto en Villena (Alicante) podemos comprobar como las actividades se engloban en ocho programas generales, a partir de los cuales se organizan talleres de duración determinada, adaptados a las necesidades del grupo de personas que van a recibirlos.

Los programas generales son:

- ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
- HABILIDADES SOCIALES
- ENTRENAMIENTO COGNITIVO
- EDUCACIÓN FÍSICA
- PSICOMOTRICIDAD FINA,
- PSICOEDUCATIVO PERSONAS Y FAMILIARES
- INTEGRACIÓN EN LA COMUNIDAD

EXISTENCIA DE ITINERARIOS:

La Orden de 3 de febrero de 1997 de la Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales de la Comunidad Valenciana dice acerca de los CRIS que:

—La atención dispensada en este tipo de dispositivos debe ser individualizada: Se intervendrá sobre los problemas y necesidades concretas de cada usuario, que se determinarán tras la evaluación psicosocial, la cual servirá de base para establecer el Programa Individualizado de Rehabilitación (PIR). A partir del Programa Individualizado de Rehabilitación se establecerá toda la intervención posterior orientada a la consecución de objetivos específicos y operativos: La atención debe estar guiada por la determinación de objetivos adecuadamente definidos y temporalmente fijados susceptible de evaluación y evaluada de forma continua: Las intervenciones deben utilizar en la medida de lo posible instrumentos y estrategias que permitan la determinación antes de la intervención (línea-base) y durante la intervención”.

FORMA DE ACCESO AL RECURSO:

En cuanto a las derivaciones, las personas de los C.R.I.S de la Generalitat Valenciana, son remitidos, mediante informe razonado, por el psiquiatra de la Unidad de Salud Mental que les corresponda y su acceso a los servicios del centro se tramita a través del Departamento de Servicios Sociales de su municipio.

EQUIPOS PROFESIONALES:

Los equipos profesionales están compuestos generalmente por 7 profesionales (los equipos de los CRL son de 10 profesionales), entre los que se encuentran psicólogos, trabajadora social, técnico de integración social, educadora, monitores y auxiliares administrativas. Los centros cuentan también para sus actividades con el apoyo de los familiares de las personas y de los socios y voluntarios de las diferentes entidades encargadas de la gestión de estos centros. Echamos en falta aquí la figura de los terapeutas ocupacionales y de los maestros de taller.

5.4.4.18 CONCLUSIONES MÁS RELEVANTES DEL ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS DIFERENTES CCAA

Antes de finalizar este capítulo queremos recordar, tal y como señalamos al comienzo del apartado 5.4.4, la enorme dificultad existente a la hora de tratar de comparar recursos que poco tienen que ver entre sí, y que difieren en su estructura, composición, formas de financiación y objetivos. No obstante, esta tesis doctoral pretende incorporar en un mismo documento los elementos más característicos de todos ellos, desde el ámbito documental, tratando de dar una imagen lo más amplia y fiable posible de las enormes discrepancias entre todos los modelos existentes.

Hecha esta importante salvedad, y en función de la disponibilidad de la información, se exponen a continuación los aspectos necesarios para la realización del estudio comparativo:

- Denominación del recurso
- Normativa autonómica
- Equipos de trabajo
- Forma de acceso al recurso
- Tipología de servicios
- Datos de inserción
- Existencia de itinerarios
- Fórmulas de financiación
- Nivel de destrezas alcanzado

Asimismo, en este apartado de conclusiones se plantea el análisis comparativo de los problemas de partida con los que se encuentran los diferentes modelos, así como el nivel de destrezas alcanzado por las personas atendidas.

1. DENOMINACIÓN DEL RECURSO:

El primer hecho que puede llamar nuestra atención es que no existe una denominación única de este tipo de recursos de rehabilitación laboral, algunos se conceptúan como

centros, otros como servicios, otros como programas, no todos ofrecen rehabilitación laboral, ya que algunos se quedan en la rehabilitación psicosocial.

Sirva como ejemplo el caso de Murcia, en el que hablamos de programas, tal y como se cita en la guía elaborada por FEAFES:

—La Rehabilitación Laboral no se puede enmarcar dentro de ningún marco legal, por ello no podemos hablar de centros de rehabilitación laboral, sino de programas concretos que ante la ausencia de centros más específicos nos hagan posible llevar a cabo un trabajo previo que incremente las posibilidades de afrontar con éxito la inserción laboral. La característica fundamental de estos programas es que se han de desarrollar en un clima que reproduzca el ambiente laboral (...).

La Rehabilitación laboral debe ser incluida como un servicio necesario para superar las discapacidades o limitaciones que plantea la enfermedad mental. Si no es posible la creación de centros específicos, debemos al menos plantearnos programas de rehabilitación en otros dispositivos, siempre y cuando sean claros y diferenciados del resto de programas”

(FEAFES, 2010: 27).

De modo que en el apartado de denominaciones del recurso, como ya hemos visto en el capítulo 5.4.4, encontramos diferencias conceptuales importantes respecto a los CRL de la Comunidad de Madrid. En esta Comunidad, ámbito de nuestro análisis, existen 21 Centros de rehabilitación laboral (CRL), donde cada uno de ellos desarrolla al menos 3 programas y un importante número de talleres pre-laborales para el colectivo.

2. NORMATIVA AUTONÓMICA:

No es posible ofrecer amplia información sobre este aspecto, todas las Comunidades Autónomas presentan normativas propias en cuanto a servicios de salud mental y recursos propios de rehabilitación laboral. Sin embargo, como señalaremos al final de este capítulo en un cuadro comparativo, las Comunidades de: Andalucía, Aragón, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Canarias (desde 2010 sin actualizar), Extremadura, Galicia, Islas Baleares, País Vasco y Valencia (más de la mitad) tienen sin actualizar sus planes estratégicos de actuaciones para la rehabilitación del colectivo, lo que da cuenta de una grave carencia en cuanto a la atención prestada para con estas personas.

3. EQUIPOS DE TRABAJO:

COMUNIDAD AUTÓNOMA	PSIQUIATRA	PSICÓLOGO/A	TÉCNICO DE INSERCIÓN LABORAL	TERAPEUTA OCUPACIONAL	TRABAJADOR SOCIAL	MAESTROS DE TALLER	PREPARADOR LABORAL	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
ANDALUCÍA			X	X	X	X		
ARAGÓN		X		X	X	X		
ASTURIAS	SIN DATOS							
CANARIAS	SIN DATOS							
CANTABRIA	X	X	X	X				
CASTILLA - LA MANCHA		X		X	X			X
CASTILLA-LEÓN		X		X	X			X
CATALUÑA		X		X	X	X		
EXTREMADURA		X		X	X			X
GALICIA		X		X		X	X	X
ISLAS BALEARES	X	X		X	X		X	X
LA RIOJA		X		X	X			X
MADRID		X	X	X		X	X	X
MURCIA					X	X		X
NAVARRA	SIN DATOS							
PAÍS VASCO	SIN DATOS							
VALENCIA		X			X			X

A partir de los datos obtenidos, podemos observar que la figura del PSIQUIATRA únicamente está presente en los Unidades de rehabilitación Comunitaria (UCR) de Islas Baleares y en el Programa Inicia de Cantabria, aún partiendo las derivaciones en todos los casos de los Centros de Salud mental.

La figura del PSICÓLOGO/A aparece en todos los modelos de las diferentes CC.AA excepto en el caso de Murcia y de Andalucía.

El perfil de TÉCNICO DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL (TAIL) es una figura profesional que sólo se da en el caso de los CRL de la Comunidad de Madrid, hemos de especificar en este punto que se trata de un profesional en constante búsqueda de empresas y con un fuerte carácter intermediador con las empresas, probablemente con funciones específicas que ayudan a explicar el alto porcentaje de inserción (cercano al 50%) que se está produciendo con este modelo. No está de más apuntar que en las inserciones laborales que provocan los CRL no se cuentan las personas que acceden al mercado de trabajo por medio de los CEE (unos 185 en la Comunidad de Madrid). Siendo éste el canal de entrada al mundo laboral más usual en los 17 modelos autonómicos estudiados.

Por su parte, Andalucía emplea a Técnicos de empleo (es la CC.AA que únicamente presenta a esta figura en los equipos de trabajo) y Cantabria, quien incluye a los Técnicos de inserción laboral. En este caso, Andalucía presenta en sus equipos profesionales del Servicio de Orientación y Apoyo al Empleo (SOAE) variaciones en función de la provincia, desde 3 en Almería hasta 7 técnicos en Sevilla. Se trata de titulados medios o superiores en ciencias sociales (Técnicos de empleo). Dichos equipos trabajan la parte social y no tienen psiquiatras y psicólogos, ya que la atención psiquiátrica se hace a través de salud mental. En mi opinión este es un error importante ya que en el equipo multidisciplinar no debería haber sólo técnicos de empleo, sino otros profesionales que enriquezcan la atención prestada.

En cuanto a la figura de PREPARADOR/A LABORAL, Galicia presenta a los prospectores laborales y a orientadores laborales en sus equipos, así como Islas Baleares en sus Servicios de intermediación e inserción laboral (SIL) y los CRL de la Comunidad de Madrid. Hemos de señalar en este punto, después de las diferentes entrevistas en profundidad realizadas en los años 2013 y 2014 con el Coordinador Técnico del recurso en la Comunidad de Madrid, Abelardo Rodríguez, que esta figura fue incluida por primera vez en los equipos de trabajo en 2003, 12 años después de inaugurarse el primer CRL de la Comunidad de Madrid, en 1991.

Bien es cierto, que el Empleo con apoyo incorpora esta figura, una vez la persona se ha insertado en el mercado laboral, la salvedad que incorpora los CRL, es incluir esta figura en las fases del itinerario inmediatamente anteriores a la inserción, con lo que la persona recibe entrenamiento en habilidades laborales antes de llegar al puesto. La experiencia demostrada en estos años es muy positiva según Abelardo Rodríguez.

La figura de TERAPEUTA OCUPACIONAL aparece en todos los modelos excepto en Valencia y Murcia.

Los TRABAJADORES SOCIALES forman parte de los equipos de trabajo en la práctica totalidad de las CC.AA, excepto en Galicia y Cantabria.

Los MAESTROS DE TALLER es una figura que aparece en prácticamente la mitad de los modelos analizados, de modo que no está incluido en los equipos de Islas Baleares, La Rioja, Cantabria, Castilla-La Mancha, castilla-León, Valencia y Extremadura.

Los AUXILIARES ADMINISTRATIVOS no son incluidos, o al menos no aparecen de forma manifiesta en Andalucía, Aragón, Cantabria y Cataluña.

Por último, las figuras de EDUCADOR SOCIAL aparecen en Galicia y Castilla- La Mancha y los profesionales de la ENFERMERÍA aparecen en Islas Baleares y La Rioja (auxiliares de enfermería).

En definitiva, podemos ver como las figuras de psicólogo, terapeuta ocupacional y trabajador social son las que más se repiten en los diferentes modelos, sin embargo, las figuras de técnico en inserción laboral y preparador laboral las que menos, a pesar de tratarse de recursos que persiguen la inserción sociolaboral de las personas con enfermedad mental grave y duradera. En este caso, Madrid es la única CA que ofrece en sus equipos ambas figuras, lo que en gran medida puede explicar sus altas tasas de inserción laboral.

Como habíamos señalado en el marco conceptual, según los últimos datos ofrecidos por la Red de atención social a personas con enfermedad mental de la Comunidad de Madrid (2013, **la plantilla que componen los 20 CRL (todos ellos bajo la fórmula de**

convenio de colaboración con diferentes instituciones), es de una media de 190 profesionales (plantilla media en 2012, siendo la plantilla habitual por centro la siguiente: Director (psicólogo), 1 psicólogo, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Técnico de Apoyo a la Integración Laboral, 1 Preparador Laboral, 3 Maestros de Taller, 1 Auxiliar Administrativo, ½ auxiliar de limpieza) quienes atienden a una media de unas 1.300 personas. No existe centro alguno que sea gestión directa por parte de la Comunidad de Madrid.

4. CRITERIOS DE ACCESO (DERIVACIONES):

En la práctica totalidad de las Comunidades Autónomas, es el servicio de salud mental el que deriva aquellos casos de personas con enfermedad mental crónica con motivaciones hacia el mundo laboral a los diferentes centros de rehabilitación.

Por ejemplo, en el caso de Andalucía:

—El conjunto de actuaciones y servicios se desarrollan en coordinación con las redes generales de servicios sanitarios y sociales, y a ellos se accede a través de los servicios de salud mental del Sistema Sanitario Público de Andalucía y de los Servicios de Igualdad y Bienestar Social. Uno de los programas que gestiona y desarrolla FAISEM, es el Ocupacional e Inserción laboral”

(FSE y Junta de Andalucía, 2007: 155).

Sin embargo, en el caso del País Vasco, las derivaciones no proceden sólo de salud mental, sino además de otras entidades colaboradoras de la propia fundación: Diputación Foral de Bizkaia, Caja de ahorros BBK, Organización empresarial CEBEK, Asociaciones AVIFES, EGUNABAR y ASVAR y Fundaciones BIZITEGI y ARGIA.

Con todo, uno de los objetivos más importantes señalados por la propia Fundación es el de Coordinar y agilizar los procesos de derivación, difundiendo el protocolo de derivación a Eragintza entre los centros de salud mental, hospitales de día y hospitales psiquiátricos. En este sentido, otro de los objetivos más importantes de la Fundación es Ampliar su red de relaciones con otras entidades que trabajan en la rehabilitación laboral de las personas con enfermedad mental severa. De esta forma, se constituye la

plataforma ISEM integrada por la Fundación Intras, Fundación Rey Ardid, FAISEM, A.R.A.P.D.I.S., Fundación Argia, Fundación Sorapán de Rieros y Fundación Eragintza.

5. TIPOLOGÍA DE SERVICIOS Y CENTROS:

Existen 4 diferentes denominaciones para el abanico de recursos que abarca la rehabilitación laboral: programas, centros, servicios y unidades.

Programas es el término utilizado en Andalucía, Asturias, Cantabria, Extremadura, Murcia y Navarra. Así, el modelo murciano, habla de programas de atención para la integración laboral del enfermo mental, pero no de Centros de Rehabilitación Laboral, lo cual significa, otra vez, la existencia de una serie de dispositivos diferentes, que aunque pertenecen a una misma red de asistencia son gestionados por diferentes entidades con diferentes misiones y valores. Este hándicap se supera en el caso de los CRL de dos formas: a) primero, incluyendo todos los recursos en un mismo centro y segundo, b) estableciendo un protocolo de atención igual para todos los centros con independencia de su origen y tipología (fundación, asociación, empresa, etc.).

Como hemos señalado, el primer hecho que puede llamar nuestra atención revisando este modelo, es su insistencia acerca de que no es posible hablar de Centros de rehabilitación laboral, sino de programas, tal y como se cita en dicha guía: “La Rehabilitación Laboral no se puede enmarcar dentro de ningún marco legal, por ello no podemos hablar de centros de rehabilitación laboral, sino de programas concretos que ante la ausencia de centros más específicos nos hagan posible llevar a cabo un trabajo previo que incremente las posibilidades de afrontar con éxito la inserción laboral. La característica fundamental de estos programas es que se han de desarrollar en un clima que reproduzca el ambiente laboral (...).

La Rehabilitación laboral debe ser incluida como un servicio necesario para superar las discapacidades o limitaciones que plantea la enfermedad mental. Si no es posible la creación de centros específicos, debemos al menos plantearnos programas de rehabilitación en otros dispositivos, siempre y cuando sean claros y diferenciados del resto de programas” (FEAFES, 2010: 27). De modo que ya encontramos una primera diferencia conceptual importante respecto a los CRL de la Comunidad de Madrid. En

dicha Comunidad, existen 21 Centros de rehabilitación laboral (CRL), donde cada uno de ellos desarrolla al menos 3 programas y un importante número de talleres pre-laborales para el colectivo.

Este programa ocupacional-laboral se define como el “conjunto de actividades y recursos orientados a favorecer la permanencia y participación activa en la vida social de personas con discapacidades derivadas del padecimiento de enfermedades mentales, a través del ejercicio de distintos niveles de actividad productiva (...). Para completar la definición hay que especificar dos aspectos. Uno que incluimos en el programa algunas actividades, como la englobada bajo el término “ocupacional”, que pueden cumplir otro tipo de funciones además de las que se le asignan aquí. Y otro que, por el contrario y aunque, en algunas ocasiones, pueda servir como preparación para el inicio del proceso de integración laboral, no se incluyen actividades más ligadas al manejo de la expresividad, u otras dirigidas simplemente a llenar el tiempo de ocio. Por importantes que esas actividades puedan ser en el campo de la rehabilitación e integración social de estas personas y aunque algunas de ellas tengan también cabida en algunos de los dispositivos incluidos en el programa (como actividad complementaria o como base para otras más específicas), parece que su lugar está más bien en dispositivos tipo “Club social” que en aquellos que se consideran aquí”.

Otra cuestión, es la presencia del recurso de los Centros Ocupacionales (CO) en los modelos murciano y andaluz en el nivel ocupacional-prelaboral. Este recurso, suele ser el canal de entrada a los recursos protegidos de los jóvenes con discapacidad por enfermedad mental, pero debería ser más limitado en el tiempo y sobre todo, tal y como se ha comentado, los CRL salvan este recurso ofreciendo herramientas mejor adaptadas en tiempo y forma, como son los programas específicos y los talleres pre-laborales. Bien es cierto, que de la investigación cualitativa se desprende que para algunos técnicos de los propios CRL, sería bueno, que en este modelo se crearan algunos centros ocupacionales para aquellas personas que son difícilmente empleables, o bien que necesitan de un mayor desarrollo en la etapa pre-laboral. Quizá esta sea una de las causas que expliquen el mayor porcentaje de inserción laboral de los CRL.

En este punto encontramos otra diferencia importante, en la gran mayoría de CRL se establece como uno de los programas el de ocio, manejo de la expresividad, etc..

Entendemos que la existencia en este recurso de este tipo de alternativas, que se desarrollen en el propio centro, pueden ayudar, por un lado a la propia persona a relacionarse y por otro a la observación que puede tener el equipo multiprofesional que le atiende para recabar más datos a acerca de las preferencias de estas personas y que en un momento dado pueden ayudar en su intervención.

Centro es el término utilizado en Aragón, Canarias, Castilla-La Mancha, castilla León, Cataluña, Madrid, Navarra, País Vasco y Valencia. En el caso de Valencia, revisando algunos de estos centros (Por ejemplo, los 3 CRIS que aparecen en la guía de recursos para personas con enfermedad mental de Castellón), vemos que estos centros desarrollan por un lado programas y por otro talleres, tal y como se hace en los CRL de la Comunidad de Madrid. Sin embargo, el contenido de ambos (salvo en una ocasión), dista mucho de ofrecer servicios para la integración laboral de este colectivo, algunos de estos programas son: Programa de recuperación de habilidades cognitivas, Programa de intervención familiar, con apoyo y seguimiento individual, Grupos de Autoayuda y Asociacionismo, *Orientación, seguimiento y apoyo a nivel formativo, laboral y de ocio y tiempo libre*.

En cuanto a los talleres, éstos son: Talleres de habilidades sociales, autoestima, entrenamiento en solución de problemas, etc. Talleres de habilidades de autocuidado y de la vida diaria, Talleres de alimentación, educación para la salud, deporte, psicoeducación, etc.

Servicio es utilizado en Andalucía, Galicia, Cataluña e Islas Baleares. En el caso de Galicia, entre sus actividades no están recogidas como tal las de rehabilitación laboral, únicamente se cita la “actividad pre-laboral”, por lo que este recurso se desarrolla más desde FEAFES-Galicia, que desde estos centros.

Unidades es el término que se utiliza en el caso de Islas baleares (quienes plantean más de un recurso) y La Rioja.

6. PROBLEMAS DE PARTIDA:

Estudiando el proceso histórico seguido por la mayoría de los modelos analizados, se hace hincapié en la actualidad en la relativa insuficiencia de medios económicos destinados a este sector, la rigidez e inadecuación de la normativa legal que regulaba algunas actividades (cursos de formación y los programas europeos, figura legal de “Centro Especial de Empleo”, problema de las pensiones), que solo parcialmente habían podido paliarse desde las distintas Administraciones. En los comienzos, los problemas eran otros, tales como la escasa o nula experiencia de trabajo en este campo de la que se partía, así como la escasa atención dedicada a actividades de evaluación e investigación, debido a que los esfuerzos se concentraban más en mantener los programas de intervención.

7. DATOS DE INSERCIÓN:

Resulta muy complicado, encontrar datos de impacto real de estos recursos en la creación de empleo, sobre todo porque la mayoría de los modelos crean empleo a través de los CEE, con todo es muy difícil encontrar el número real de inserciones sobre la población total con la que se trabaja desde las esferas ocupacional y laboral.

Como ya habíamos señalado en el capítulo 5.4.4.1 (referido al modelo de rehabilitación laboral en Andalucía), de los escasos modelos donde encontramos esta información es el caso andaluz, de ahí que podemos comparar estos mismos resultados del modelo CRL con los del modelo FAISEM, en el mismo ejercicio pre-crisis, como es el año 2008. Para ello, y basándonos en los datos del Proyecto “Equal Tandem Costa del Sol” (cuyo objetivo principal era la creación de nuevas estrategias laborales por y para las personas con problemas de salud mental grave en los 11 municipios de la Costa del Sol Occidental: Torremolinos, Benalmádena, Fuengirola, Mijas, Marbella, Ojén, Istán, Estepota, Manilva, Benahavís y Casares. Así como la constitución de la Agrupación de Desarrollo (AD) compuesta por 7 entidades, entre las que se encontraba FAISEM y liderada por la Consejería de Empleo de la Junta de Andalucía), los datos de obtenidos en ambas Comunidades Autónomas son los siguientes (FSE y Junta de Andalucía, 2007: 180).

**TABLA 7. INSERCIONES LABORALES SEGÚN CONTRATOS Y PERSONAS
(ANDALUCÍA/MADRID)**

Nº CONTRATOS	Número de personas	CONTRATOS REALIZADOS	Porcentaje de inserción
MODELO FAISEM 2011	1335	724	54,23%
MODELO CRL 2012	1313	864	65,80%
Nº PERSONAS	Número de personas	PERSONAS CONTRATADAS	Porcentaje de inserción
MODELO FAISEM 2011	1335	407	30,49%
MODELO CRL 2012	1313	634	48,28%

Como podemos comprobar, los resultados en cuanto a inserciones laborales totales (sumadas por cuenta propia y por cuenta ajena) nos indica que el modelo CRL de la Comunidad de Madrid ofrece una tasa de inserción de casi 30 puntos superior a la del Modelo FAISEM de la Comunidad Autónoma andaluza, con las características propias de uno y otro modelo en cuanto a territorio, renta per cápita bruta municipal disponible, características de la población usuaria, etc... Pudiendo incluso indicar que las tasas de ocupación, las posibilidades de creación de empleo autónomo y la renta per cápita es superior en estos 11 municipios de la Costa de sol andaluza (Torremolinos, Benalmádena, Fuengirola, Mijas y Marbella, entre otros) a la registrada en Getafe, Alcorcón, Fuenlabrada, Torrejón de Ardoz, y de barrios como Usera, Villaverde, Vallecas, Latina o Carabanchel.

7. EXISTENCIA DE ITINERARIOS:

Como hemos constatado en el punto 6.2, existen diferentes concepciones de lo que son los itinerarios de inserción sociolaboral y de las fases de las que se compone. En el caso de Andalucía, aún habiendo enriquecido el catálogo de propuestas, se vuelve a echar en falta la existencia de forma clara, de un itinerario que establezca las diferentes fases y los diferentes recursos en cada fase, únicamente se trata de este extremo en el apartado de “cursos de formación profesional”, asimismo sigue existiendo riesgos importantes para las personas de dicho programa, como son: la “institucionalización” y dependencia que pudiera ocasionar, el recurso de centros ocupacionales, no sólo porque no deberían tener cabida en este catálogo, sino porque no van a significar una emancipación real del colectivo (es muy importante definir la población diana, antes de ofrecer alternativas sin

conexión entre ellas). Es positivo sin embargo, la creación de un dispositivo denominado “Servicio de Orientación y Apoyo al Empleo” (SOAE), basado en la creación de equipos provinciales y que persigue no sólo establecer itinerarios, sino que trata de recibir y EVALUAR la demanda de acceso, si bien no se especifica la existencia de evaluación en otras fases del recurso, ni los criterios para evaluar esa demanda de acceso.

Como veremos más adelante, para el modelo de intervención “primero coloca y después entrena”, lo importante es emplear a las personas con enfermedad mental y después establecer sus itinerarios, posiblemente las dificultades en la creación de empleo por las que atravesamos en nuestro periodo de investigación (2008-2012) y en la actualidad, unidas al miedo al fracaso de los recursos existentes, nos conduzcan a todo lo contrario: a establecer itinerarios y recursos para preparar a las personas con enfermedad mental a enfrentar con el mayor éxito posible su inserción socio-laboral.

Del mismo modo ocurre con la presencia de los itinerarios, sólo en el nivel formativo, como hemos insistido desde el planteamiento del problema de investigación, los itinerarios deberían ser el marco general de todo el proceso.

En el caso de Murcia, se produce la inclusión de la fase de formación junto a la de rehabilitación de manera necesariamente simultánea, estando presente en diferentes momentos (al menos en dos) en el modelo de los CRL; primero en el momento de entrada y previo a la evaluación por parte de todo el equipo, y después una vez que se acepta conjuntamente el PIRL y la persona se ha sometido a la fase de orientación vocacional. Por tanto, la formación está presente en gran parte de todo el proceso, al igual que son importantes las preferencias de las personas a la hora de elegir sus deseos hacia desempeñar determinados puestos de trabajo, es importante (sobre todo en este tipo de colectivos) que dado que en muchas ocasiones presentan dificultades de percepción importantes, es recomendable proponer a la persona diferentes tareas y diferente formación, lo cual puede ayudar a identificar un óptimo desempeño ayudados por la mirada objetiva de los profesionales que componen en equipo de trabajo de los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) y del equipo de salud mental con quienes comparten toda esa información.

El quinto elemento que diferencia a uno y otro modelo es el segundo programa de este modelo de FEAFES, se trata de la formación ocupacional, la cual está diferenciada de la formación pre-laboral. En este caso, entra en juego un recurso absolutamente diferente, los centros ocupacionales (en adelante, CO).

Si nos centramos en el modelo Vasco:

- En primer lugar, como hemos señalado, se echa en falta la existencia de un itinerario claro desde el principio, que ayude a la persona a saber cuál van a ser su recorrido por el recurso y el compromiso inicial de caminar juntos hacia su consecución, consensuando la estrategia de inserción laboral. Únicamente se cita de forma expresa en la reflexión que hace la propia Fundación sobre lo que es la rehabilitación laboral para este colectivo en la cuarta fase de su programa: *“Para potenciar el acceso al empleo normalizado, resulta imprescindible que los itinerarios de integración laboral sean de ida y vuelta: la persona se atreverá más a dar pasos adelante (por ejemplo, desde un Centro Ocupacional a un Centro Especial de Empleo y/o a un Empleo Normalizado) si sabe que en caso de no poder mantenerlos tiene la posibilidad de volver a su situación anterior”* (Elexpuru y Azaldegui, 2002: 14)
- En segundo lugar, la inexistencia de un itinerario global, hace que de la fase de acogida y valoración, pasemos directamente a la fase de formación, con lo que no existe una fase previa de evaluación añadida a esa valoración, ni se puede contrastar, al no existir un Plan individualizado de rehabilitación laboral (PIRL) las capacidades de la persona.
- En tercer lugar, en esta fase de formación inicial se incorpora un taller (Revista Euritakoa), el cual debería formar parte de fases posteriores de desarrollo de talleres y programas y no de formación propiamente dicha. Con todo, la oferta formativa es claramente insuficiente en su fase inicial, al ofrecer escasas alternativas y no especificar si se pide a la persona opinión respecto de sus preferencias.
- En cuarto lugar, la formación inicial es impartida por voluntarios y profesionales, quienes imparten la formación necesaria. En este sentido, hay que señalar que, a no ser que existan procesos de selección que incorporen personas con relativa experiencia a la bolsa de personas voluntarias, este

colectivo, en su vertiente laboral, necesita de profesionales a jornada completa que tengan remunerado su trabajo.

- En quinto lugar, la fase de formación en un segundo nivel (de Entrenamiento en Habilidades Socio-Laborales), supone comenzar, con un escaso bagaje inicial, la búsqueda de un empleo.
- En sexto lugar, el tercer nivel de formación (formación ocupacional), debería ser anterior a la fase de formación de segundo nivel, ya que primero hay que formar a la persona para después tratar de incorporarla al mercado laboral, (protegido o normalizado).
- En séptimo lugar, dicha formación de tercer nivel se realiza en 5 centros ocupacionales que, como hemos señalado, son un recurso inicial muy lejano al cometido de un recurso intermedio como son los CRL o de un recurso finalista como pueden ser los CEE o las propias EI. Considero que, formar a personas con enfermedad mental bajo el recurso de centros ocupacionales hace que nos encontremos muy lejos de nuestro objetivo, debido a un erróneo planteamiento.
- En octavo lugar, la tercera fase de este programa (empleo protegido) engarza con la fase anterior de formación, deberían existir en su lugar talleres pre-laborales y programas muy específicos, más que Centros Ocupacionales y CEE, donde se enseñen habilidades y competencias específicas con contenidos muy dinámicos (huyendo del estatismo que pudieran ofrecer los CO y los CEE), al margen de que se anime a las personas que así se estime por el equipo mutiprofesional, a realizar formación ocupacional o formación reglada acorde a su itinerario.
- En noveno lugar, la fase de empleo normalizado, no debe ser el cometido del 100% de los casos, siendo el nivel máximo de integración laboral, no debe convertirse en el único objetivo, ya que en algunos de ellos es contraproducente abandonar el recurso de CEE, así como en otros casos es muy difícil conseguir la inserción incluso en el mercado protegido. Además en esta cuarta fase, se repite un nuevo servicio, ya indicado en la fase 1: la Orientación vocacional y las técnicas de búsqueda empleo, y es aquí donde debe ubicarse, al igual que el servicio de apoyo y seguimiento de las incorporaciones producidas, no así el servicio de preparación de oposiciones, que consideramos no debería formar parte de este catálogo.

NECESIDAD DE UN MODELO INTEGRAL DE INTERVENCIÓN: EL ENFOQUE HOLÍSTICO

Si bien, en fases sucesivas del programa se hace un considerable esfuerzo en adaptar todos los recursos a la idiosincrasia del colectivo, como podemos comprobar más adelante, no se ataca la línea de flotación para encontrar una solución acertada, y no es otra que concebir el enfoque integral de este recurso bajo un prisma holístico, entendemos que no es posible establecer un buen recurso que ofrezca resultados razonablemente positivos en la integración socio-laboral de las personas con enfermedad mental sin ofrecer, en primer lugar, la infraestructura de un centro más que una suma de programas (que, como hemos visto, el modelo de la Región de Murcia renuncia a llamarlo “centro” al no existir una normativa específica que los regule), lo cual indica la existencia de soluciones políticas muy poco eficaces a un grave problema social, en este sentido hay que dedicar recursos humanos y económicos para dotar a este recurso de centros donde se desarrolle esa intervención integral.

La vía del contrato de gestión de servicios públicos con entidades privadas (ONGs en la mayoría de los casos) que disponen de esos espacios donde poder establecer los centros, es una solución intermedia ya que la actual crisis económica y financiera frena la iniciativa pública para este tipo de recursos, pero al menos desarrolla la idea y está ofreciendo resultados.

8. FÓRMULAS DE FINANCIACIÓN:

Existen diferentes fórmulas de financiación de dicho servicio, destacando la modalidad concertada en la mayoría de CC.AA, y siendo las modalidades pública y privada (Andalucía y La Rioja, respectivamente), residuales respecto de la fórmula del concierto. Además en alguna Comunidad Autónoma, como es el caso de Extremadura, la fórmula es la subvención a través de SEPAD.

9. NIVEL DE DESTREZAS PARA LA INSERCIÓN LABORAL:

Otra diferencia importante la encontramos en el nivel de destrezas o de hábitos básicos necesarios para poder desempeñar un puesto de trabajo. En el caso del modelo murciano las destrezas se resumen en las siguientes:

a. Hábitos básicos de trabajo.

Asistencia y puntualidad.

Apariencia y presentación personal.

Seguimiento de instrucciones.

Autonomía en el trabajo.

Capacidad de iniciar, continuar y finalizar tareas.

b. Hábitos sociales.

Interacción con compañeros.

Iniciar y mantener conversaciones.

Solicitar y ofrecer ayuda.

Hacer y recibir críticas.

c. Afrontamiento y manejo del estrés.

Por su parte el modelo de atención de los CRL de la Comunidad de Madrid incorpora el siguiente repertorio de destrezas (repertorio que es trabajado por todos los integrantes del equipo que compone cada CRL):

• HÁBITOS BÁSICOS DE TRABAJO:

Asistencia

Puntualidad

Aseo y Cuidado Personal

Actitud Frente al Trabajo

Manejo del equipo y herramientas

Cuidado del material

Continuidad en las tareas

Resistencia a la Fatiga

Reacción al Trabajo Repetitivo

Reacción a los Cambios de Tarea

Cumplimiento del Horario

Higiene en el Trabajo

Seguridad en el Trabajo

Utilización de Ropa de Trabajo

• **ASPECTOS COGNITIVOS:**

Atención y Concentración

Comprensión y Seguimiento de instrucciones.

Memoria para las Instrucciones

Capacidad para Afrontar problemas

• **ASPECTOS CENTRADOS EN LA TAREA:**

Creatividad

Ritmo de Ejecución

Organización y Realización de tareas

Calidad de Trabajo; grado de perfección

Iniciativa; dar prioridad a las tareas

Como podemos observar en el modelo de FEAFES, no se incluyen los aspectos cognitivos, sino como hábitos sociales, cuando se trata de elementos puramente subjetivos e individuales. Dichos aspectos cognitivos son: Atención y concentración, Comprensión y seguimiento de instrucciones, Memoria para las instrucciones, y capacidad para afrontar problemas, todos ellos aspectos básicos para la consecución y mantenimiento de un empleo. Aun así los hábitos sociales incorporados en el modelo murciano, no van más allá de una relación puramente personal, que no laboral, al no incorporar otros ítems, que sí forman parte de las destrezas del modelo de CRL de la Comunidad de Madrid.

En cuanto a los hábitos básicos hacia el trabajo, el primer modelo no incorpora aspectos tan relevantes como la higiene personal, actitud frente al trabajo, manejo de herramientas y equipo, cuidado del material, resistencia a la fatiga, reacción al trabajo repetitivo, reacción a los cambios de tarea, Cumplimiento del Horario, Higiene en el Trabajo, Seguridad en el Trabajo y Utilización de Ropa de Trabajo.

Si analizamos el caso de Navarra: existen una serie de actividades socioeducativas que se enmarcan dentro del SERVICIO DE DESARROLLO PERSONAL Y SOCIAL y, junto con la actividad ocupacional, completan el conjunto de la actividad ofertada. Son aquellas actividades que suponen un aporte al desarrollo personal y una ampliación de

las capacidades cognitivas propias, a la vez que posibilitan la participación y comunicación de las personas usuarias desde un enfoque educativo. Son actividades con un componente “formativo” y suponen un “paréntesis” en la realización de la actividad ocupacional. Estas actividades se estructuran en los siguientes módulos:

- HÁBITOS SALUDABLES
- HABILIDADES COGNITIVAS
- HABILIDADES SOCIALES
- HABILIDADES INSTRUMENTALES

HABITOS SALUDABLES

En este módulo se incluyen todas aquellas actuaciones destinadas al desarrollo de hábitos que mejoren su calidad de vida en el ámbito de la salud, tratando aspectos prácticos relacionados con la higiene y apariencia personal, la alimentación, el ejercicio físico, el consumo de sustancias tóxicas, etc.

Es importante también que adquieran un conocimiento sobre su enfermedad, sobre las medidas de prevención y detección de los síntomas que preceden a episodios de descompensación para un manejo de los mismos y una rápida atención.

En general en este módulo se contemplan todos aquellos aspectos considerados básicos para un adecuado desempeño en las áreas de comportamiento relacionadas con el autocuidado y la competencia personal.

HABILIDADES COGNITIVAS

Estas actividades están dirigidas hacia las áreas de intervención cognitiva como la atención, la concentración, memoria, la creatividad y la iniciativa.

HABILIDADES SOCIALES

El entrenamiento en habilidades sociales se entiende como un proceso educacional por el cual cada persona aprende a ejecutar comportamientos socialmente hábiles en su relación con el entorno y las personas con las que se relaciona, posibilitando de esa manera el desarrollo de su propia competencia social.

Las habilidades sociales se trabajan de manera transversal en todos los ámbitos de intervención (Actividad Ocupacional y Actividad de Desarrollo Personal y Social), ya que habitualmente se trabaja en grupo y el aspecto relacional está muy presente.

Se incluye también en este módulo actividades facilitadoras de este aprendizaje, orientadas al conocimiento del propio cuerpo, de la expresión gestual y esquema corporal, y al entrenamiento en técnicas de movimiento, estiramiento y relajación, etc....

HABILIDADES INSTRUMENTALES

Objetivos:

- Lograr un nivel mínimo de conocimientos culturales básicos para el manejo en la vida cotidiana.
- Lograr un nivel de autonomía básico para la realización de actividades de la vida diaria.
- Desarrollar cotas de autonomía aprendiendo a realizar gestiones básicas y a manejar los recursos y servicios comunitarios públicos y privados susceptibles de uso en el día a día.
- Posibilitar una sensibilización y concienciación básica hacia la realidad cotidiana tanto del entorno más cercano como de los acontecimientos que suceden más allá de las fronteras individuales.

Es importante disponer de unos conocimientos básicos de lecto-escritura y habilidades numéricas.

A través de técnicas de participación, discusión y reflexión, entrenar o reforzar aquellos comportamientos, actitudes o aptitudes que permitan desenvolverse con mayor independencia y autonomía en el funcionamiento diario.

Dedicar espacios a la actualidad informativa a través del análisis de los medios de comunicación.

Dedicar sesiones prácticas sobre organización doméstica y actividades de la vida diaria. Sesiones de entrenamiento en la realización de gestiones personales cotidianas, uso y manejo de los medios necesarios para ello, conocimiento de los recursos comunitarios más cercanos y sus funciones específicas, y toda aquella información necesaria en sus gestiones más específicas.

En el caso de Cataluña existen una serie de áreas de intervención, mediante los talleres se trabajan hábitos laborales básicos: Puntualidad, asistencia, cumplimiento de horarios, higiene y cuidado del aspecto personal, uso y cuidado de herramientas y material, actitud frente al trabajo, organización y realización de tareas, ritmo de ejecución, comprensión y seguimiento de instrucciones, memoria, capacidad de atención y concentración.

También se promueve la **adquisición y mejora de habilidades sociales**: Interacción y nivel de comunicación con los/as compañeros/as, relación con el/la responsable, iniciar y mantener conversaciones, solicitar y ofrecer ayuda, expresar y tolerar valoraciones y críticas, hacer valoraciones positivas, habilidad de trabajar en equipo o con los demás, cooperación o independencia, capacidad de iniciativa, capacidad de resolución de problemas y adecuación de conductas de comunicación verbal y no verbal.

En relación con estas habilidades sociales y hábitos laborales se encuentran aspectos de carácter psicológico y de habilidades funcionales de la vida cotidiana.

También se combina con la práctica en los “*talleres*”. Los principales contenidos de estos talleres son todos aquellos que puedan mejorar las capacidades de rendimiento de una persona en un contexto laboral: informática, idiomas, lecto-escritura, memoria, creatividad etc. Se realizan diferentes visitas a puestos de trabajo con el objetivo de conocer “in situ” lo que implica un tipo u otro de trabajo (trabajo en equipo, trabajo individual, trabajo en cadena, esfuerzo físico...) y por tanto, conocer la práctica de las habilidades laborales y sociales. Finalmente, una vez que la persona está preparada para ir a trabajar, se ponen en marcha diferentes dispositivos y acciones conjuntamente con otros servicios de orientación e inserción para la preparación del currículum vitae y la búsqueda activa de empleo.

En definitiva, son varias las variables que podrían incidir en los resultados positivos de inserción laboral de los CRL:

- En primer lugar, la denominación del recurso: Son CRL y no CEE, ello quiere decir que sin tener como objetivo final la inserción laboral, sin embargo consiguen que el 48% encuentren un empleo.
- En segundo lugar, la existencia de un equipo profesional muy compensado.
- La tercera, una coordinación directa con salud mental, coincidiendo incluso físicamente en el mismo espacio algunos de los CRL
- En cuarto lugar, la tipología de servicios, muy ligados a la existencia de un itinerario y siempre en el mismo CRL
- Por último la figura del TAIL y el proceso de intermediación laboral dentro del itinerario.

Del resultado de los aspectos analizados, podemos concluir de forma esquemática con la siguiente tabla:

TABLA 8. RECURSOS REHABILITACIÓN OCUPACIONAL/LABORAL PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL POR CC.AA

CC.AA	NOMBRE DEL RECURSO	ENTIDAD	PLAN ESTRATÉGICO	DERIVACIONES	NÚMERO DE CENTROS	Nº PLAZAS / PERSONAS ATENDIDAS	EQUIPOS PROFESIONALES
ANDALUCÍA	Programa ocupacional-laboral y SOAE	FAISEM	Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012	Salud mental	8	1335	Entre 3-7 técnicos titulados medios o superiores en ciencias sociales (Técnicos de empleo)
ARAGÓN	Centros de inserción laboral y empleo	FUNDACIÓN AGUSTÍN SERRATE	Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental de la C.A. de Aragón	No se especifica	1	137	Psicólogo, trabajadora social, coordinador de taller, monitores/educadores de taller, maestros de taller, operari@s y conductor
ASTURIAS	Programa de Rehabilitación y apoyo a la reinserción Social y Laboral	CONSEJERÍA DE SANIDAD	Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2011-2016	Salud mental	104	244	SIN DATOS
CANARIAS	Centro de día de Rehabilitación Psicosocial	CONSEJERÍA DE SANIDAD	III Plan de salud de Canarias (2010-2015)	Salud mental	9	349	SIN DATOS
CANTABRIA	Proyecto Inicia CRPS	CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES	SIN PLAN DE SALUD MENTAL	Salud mental	3 4	153 160	Psiquiatra, Psicólogos/as Técnico de Inserción Laboral Terapeutas psicólogos e integradores sociales y monitores
CASTILLA - LA MANCHA	Centro Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRSPL)	FISLEM	Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2005-2010	Salud mental	19	1240	Director-Psicólogo, Trabajador Social, Terapeuta Ocupacional, Educador, Auxiliar Administrativo, T.I.S.L.
CASTILLA-LEÓN	Centros de rehabilitación psicosocial (CRPS)	CONSEJERÍA DE SANIDAD	Estrategia Regional en Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en Castilla y León (2003-2007)	Salud mental y unidad psiquiátrica de rehabilitación	9	205	Psicólogo, Enfermería psiquiátrica, Trabajador social, 2 monitores y terapeuta ocupacional
CATALUÑA	Servicio de rehabilitación comunitario / Servicio pre-laboral	SERVICIO CATALÁN DE LA SALUD	Plan Integral de Atención a las Personas con trastornos mentales y adicciones	Salud mental	137	1200 (Potenciales personas)	Coordinador / a , psicólogo / a, trabajador / a social , maestro de taller , monitor / a .

EXTREMADURA	Centro Rehabilitación Psicosocial (CRPS)	SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD	Plan integral de salud mental de Extremadura (2007-2012)	Salud mental y CRPS	6	390	9 profesionales: 3 psicólogos, 1 trabajadora social, 1 terapeuta ocupacional, 3 monitores y 1 auxiliar administrativo
	Programa de rehabilitación laboral	SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD			2	60	SIN DATOS
	Programa de integración laboral y ocupacional	FEAFES			SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS
	Programa de rehabilitación laboral (PRL)	AYUNTAMIENTO MÉRIDA			1	27	SIN DATOS
GALICIA	Centro Rehabilitación Social y Laboral	CONSELLERÍA DE SANIDAD	Plan Estratégico de Salud Mental de Galicia 2006-2011	Salud mental Cualquier persona	20	919	Psicóloga /Directora. Terapeuta ocupacional, monitorea taller, Educador social, 1 Aux. administrativo 4 Prospectores laborales y 7 Orientadores laborales
	Servicio de inserción laboral	FEAFES			5	2040	
ISLAS BALEARES	Unidades de rehabilitación comunitaria (UCR)	CONSEJERÍA DE SALUD Y CONSUMO	Estrategia de Salud Mental de las Illes Balears 2006	Salud mental	5	140	UCR: 1 Coordinador psiquiatra, 1 psicólogo clínico, 1 enfermera, 1 trabajador social, 1 terapeuta ocupacional, 4 monitores de rehabilitación y auxiliar administrativo. SIL: Psicólogos, trabajadores sociales y preparadores laborales
	Servicio de integración e inserción laboral				2	12	
LA RIOJA	Centro Ocupacional-Laboral	ARFES	Plan de Salud Mental de La Rioja 2010-2015	Salud mental	1	90	SIN DATOS
MADRID	Centro de rehabilitación laboral (CRL)	CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES	Plan estratégico de salud mental de la Comunidad de Madrid (2010-2014)	Salud mental	20	1313	10: Dirección/Psicología, Técnico de apoyo a la inserción laboral (TAIL), Trabajador/a social, Preparador laboral. Terapeuta ocupacional, Maestros de taller, Aux admin.. y auxiliares limpieza

MURCIA	Programa de rehabilitación laboral	FEAFES	Plan de salud mental de la Región de Murcia (2010-2013)	SIN DATOS	1	200	1 Trabajadora social
	Programa de inserción laboral	SERVICIO MURCIANO DE SALUD		SIN DATOS	2	78	SIN DATOS
	Programa de rehabilitación y reinserción sociolaboral	SERVICIO MURCIANO DE SALUD		SIN DATOS	2	SIN DATOS	SIN DATOS
NAVARRA	Centro de rehabilitación psicosocial Servicio de valoración de la idoneidad ocupacional y/o laboral	CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES	Plan estratégico de salud mental de Navarra (2012-2016)	No se especifica	7	103	SIN DATOS
PAÍS VASCO	Centro de Rehabilitación socio-laboral	FUNDACIÓN ERAGINTZA	Estrategia en Salud Mental de la C. A. País Vasco 2010	Salud mental y entidades asociadas a Fundación Eragintza	1	805	SIN DATOS
VALENCIA	Centro de rehabilitación e integración social (CRIS)	CONSELLERÍA DE BIENESTAR SOCIAL	Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la C. Valenciana 2001	Salud mental	10	600	Psicólogos, trabajadora social, técnico de integración social, educadora, monitores y auxiliares administrativas.

6 LOS CRL Y LOS ITINERARIOS DE INSERCIÓN SOCIOLABORAL

6.1 LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN LABORAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID (CRL): CONCEPTO, OBJETIVOS, COLECTIVOS DIANA Y RECURSOS OFRECIDOS.

Una vez analizados los diferentes recursos de rehabilitación laboral existentes en las 17 Comunidades Autónomas de nuestro país, nos centraremos ahora detenidamente en la figura de los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) de la Comunidad de Madrid. Es pertinente hacer hincapié en que nuestro propósito no son los Centros de Rehabilitación Personal y Social (CRPS), siendo éste recurso anterior a los CRL en cuanto al acceso al empleo.

Para comenzar, diremos que los CRL son un recurso más que forma parte de la Red pública de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid. Para ejemplificar mejor este aspecto, se ofrece la tabla con los diferentes recursos de dicha red:

RED PÚBLICA DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL
CONSEJERIA DE ASUNTOS SOCIALES
Cuadro Resumen de los Recursos existentes en Diciembre de 2013

TIPO DE CENTRO O RECURSO	Nº PLAZAS
23 CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (CRPS)	1.708 plazas en total
30 CENTROS DE DÍA DE SOPORTE SOCIAL (CD)	989 plazas en total
20 CENTROS DE REHABILITACIÓN LABORAL (CRL)	980 plazas en total
21 RESIDENCIAS (MR)	561 plazas total
38 EQUIPOS DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO (EASC) (30 PL C/U)	1.140 plazas total
57 PISOS SUPERVISADOS (PS)	223 plazas total
Plazas en PENSIONES Supervisadas	27 plazas total
SERVICIO DE APOYO A LA REINSERCIÓN SOCIAL DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE SIN HOGAR (PRISEMI) (Incluye equipos de atención psicosocial y apoyo reinserción social y 5 Pisos supervisados con 20 pl)	80 plazas en total
CENTRO DE ATENCIÓN SOCIAL PARA APOYO A LA REINSERCIÓN DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE SIN HOGAR (Residencia y Centro de Día "Sta Hortensia/Ntra Sra Valvanera").	46 plazas en total (30 plazas de Centro de Día y 16 plazas de Residencia)
TOTAL PLAZAS RED PÚBLICA DE CENTROS Y RECURSOS DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y DURADERA	5.754 plazas DICIEMBRE 2013

* Se incluye la ampliación en Noviembre de 2013 de 55 nuevas plazas que se ampliaron en centros concertados en los contratos derivados de los Acuerdos Marco; asimismo se incluyen 20 nuevas plazas en centros propios en los CRL de Alcalá de Henares y de Aranjuez que ampliaron 10 plazas cada uno cuya gestión se prorrogó a 1 diciembre de 2013.

CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS BÁSICAS:

Según el Decreto 122/1997, de 2 de octubre de 1997: *“Los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL), constituyen el recurso social específico, dependientes del Programa de Atención Social a Personas con enfermedad mental crónica, cuya misión fundamental es favorecer la rehabilitación vocacional-laboral de las personas con trastornos psiquiátricos crónicos que se encuentran viviendo en la comunidad, de modo que propicie su integración laboral normalizada fundamentalmente en la empresa ordinaria o también en fórmulas de empleo protegido (Centros especiales de empleo) o sistemas de auto-empleo”*.

Dicho recurso estaba incluido en el Servicio de Otros colectivos, de la Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

Los CRL no tienen carácter de centro de trabajo, por lo que no pueden participar en operaciones regulares de mercado ni incluir relaciones laborales remuneradas con sus usuarios.

Si tomamos como ejemplo el Centro de Rehabilitación Laboral de Alcorcón, siendo el Centro más visitado en el trabajo de campo realizado para esta tesis doctoral, podemos decir que es un centro propio, integrado en la red pública de Centros del Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica, perteneciente a la Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

Su gestión se lleva a cabo a través de un Contrato de gestión de Servicios públicos (modalidad concesión) que fue adjudicado a la Entidad Fundación Manantial.

El recurso funciona como un recurso de naturaleza laboral, cuyo desarrollo y funcionamiento se trabaja en estrecha colaboración y coordinación con el sistema público de atención, tanto con los servicios sanitarios de Salud Mental, como con los recursos y servicios del Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica.

La capacidad de atención del recurso es diferente en cada caso, oscilando entre las 36 plazas en 2008 a las 51 plazas de 2012 para personas con E.M.G, y siendo la media en la actualidad de unas 48 plazas por centro (al existir en total 960 plazas en 20 CRL). La selección y derivación de personas para su acceso al CRL se realiza desde los Servicios

de Salud Mental de cada área, cuestión que es compartida por la casi totalidad de los modelos analizados en otras CC.AA. Los candidatos propuestos se valoran conjuntamente en la comisión de derivación que tiene lugar mensualmente.

El régimen de atención es de lunes a viernes, excepto festivos, en jornada de mañana y tarde, de 8:00 a 18:00 ininterrumpidamente. El horario de atención de cada persona será variable, de acuerdo a las necesidades de su proceso de rehabilitación laboral y a lo establecido en su Programa Individualizado de Intervención PIR-L.

Desde el CRL se ofrece un servicio de comidas gratuito en forma de becas para los personas del centro, en el caso de que lo necesitaran. La concesión de esta prestación se realiza a través del estudio individual del caso. Para ello se valorarán, entre otras circunstancias, las características de la situación laboral o económica de la persona y el grado en que esta ayuda puede servir como instrumento de apoyo en su proceso de rehabilitación.

OBJETIVOS:

- Posibilitar la rehabilitación laboral, dotando a las personas de los conocimientos, destrezas y habilidades necesarias para acceder y manejarse adecuadamente en el mundo laboral.
- Propiciar y apoyar la inserción laboral en fórmulas de empleo protegido, autoempleo o en la empresa ordinaria de aquellas personas que tras un proceso de rehabilitación estén en condiciones de realizar actividades laborales productivas.
- Articular y organizar el contacto y la coordinación con los recursos de formación profesional y con el mercado laboral existente.
- Fomentar la colaboración de empresarios, asociaciones e instituciones en la tarea de aumentar las oportunidades de inserción laboral de las personas con trastornos psiquiátricos crónicos.

Junto con el objetivo de la rehabilitación laboral y preparación y apoyo para la inserción en el mundo del trabajo, el CRL sirve de puente de contacto entre la población con

enfermedad mental crónica y el tejido laboral empresarial, estableciéndose vías de contacto, información, sensibilización y coordinación con las diferentes entidades y organizaciones, relevantes en el mundo laboral de las diferentes ubicaciones de los Centros de Rehabilitación Laboral.

NORMATIVA AUTONÓMICA:

- DECRETO 122/1997, de 2 de octubre, del Consejo de Gobierno, por el que se establece el Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención Social, Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario de las Personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas, en diferentes centros de servicios sociales especializados, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. BOCM 09-10-1997.
- ORDEN 648/2004, de 15 de junio, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se crea la Comisión para la integración de la Salud Mental en la Atención Especializada, Consejería de Sanidad y Consumo. BOCM 07-07-2004.
- PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y DURADERA 2003-2007.
- PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL 2010-2014.

POBLACIÓN DIANA: CARACTERÍSTICAS GENERALES

Los CRL están dirigidos a atender a aquellas personas con trastornos psiquiátricos crónicos que por diversas razones no estén en condiciones de acceder directamente al mundo laboral ni enfrentarse o manejar de modo autónomo las diferentes exigencias que implica la integración laboral en sus diferentes de elección, búsqueda, obtención y mantenimiento de un empleo y que, por tanto requieren de un proceso intensivo de rehabilitación laboral que les prepare para su inserción y mantenimiento en el mundo del trabajo.

El perfil general de las potenciales personas del CRL será el siguiente:

- Tener una enfermedad mental crónica y estar siendo atendido en algún Servicio de salud mental de la Comunidad de Madrid (Departamento de salud mental. Consejería de Sanidad).
- Tener una edad entre 18 y 45 años, con toda la flexibilidad necesaria respecto al límite superior de edad.
- No estar en una situación psicopatológica activa no controlada.
- No tener ningún impedimento legal que imposibilite su inserción laboral.
- Presentar un nivel idóneo de motivación respecto a la integración laboral.

La selección y derivación de personas se hace en coordinación con los Servicios de Salud mental de la zona que se encargan del tratamiento y seguimiento psiquiátrico, y con los que se trabajará en estrecha colaboración para favorecer una actuación coherente e integrada que favorezca el proceso de rehabilitación laboral.

RECURSOS HUMANOS OFRECIDOS:

En cada CRL el equipo multidisciplinar lo componen:

- Dirección.
- Psicología.
- Técnico de apoyo a la inserción laboral (TAIL)
- Preparador laboral.
- Terapeuta ocupacional
- Trabajador/a social
- Maestros de taller.
- Auxiliares administrativos.
- Auxiliares de limpieza y mantenimiento.

ACTUACIONES Y ACTIVIDADES:

Se subdividen en 2 grandes apartados:

- Rehabilitación profesional-laboral: Aunque la población psiquiátrica crónica presenta una problemática social compartida (desempleo, dificultades laborales, etc.) la problemática varía de un individuo a otro, por lo que es aconsejable una intervención individualizada. Esta intervención se estructura en diversas fases de evaluación, programación e intervención, evaluación de los resultados de la intervención y seguimiento.

Esquemáticamente estas actividades incluyen: evaluación funcional vocacional-laboral, orientación vocacional, diseño y programación del plan individualizado de rehabilitación profesional-laboral, entrenamiento en hábitos básicos de trabajo, apoyo a la formación profesional, entrenamiento en habilidades de búsqueda de empleo y apoyo a la inserción laboral y empleo.

- Contacto y coordinación con el tejido laboral: desde los CRL se contacta con los recursos laborales de la zona, conociendo los puestos de trabajo que se ofertan. Además informa a las empresas y entidades de la capacidad laboral de las personas, de las ayudas, subvenciones, exenciones, de las que se podrán beneficiar en caso de contratarles.

6.2 LOS ITINERARIOS DE INSERCIÓN SOCIOLABORAL: CONCEPTO Y ALGUNOS MODELOS EN LA ACTUALIDAD.

6.2.1 CONCEPTO:

¿QUÉ ENTENDEMOS POR ITINERARIOS DE INSERCIÓN SOCIOLABORAL?

Teniendo en cuenta las especiales circunstancias de estos colectivos, los servicios públicos de empleo asegurarán el diseño de itinerarios de inserción que combinen las diferentes medidas y políticas, debidamente ordenadas y ajustadas al perfil profesional de estos desempleados y a sus necesidades específicas. Cuando ello sea necesario, los servicios públicos de empleo valorarán la necesidad de coordinación con los servicios sociales para dar una mejor atención al desempleado.

(Ley 56/2003, de 16 de diciembre, de Empleo, art. 26).

- En el marco de la Ley de Empresas de Inserción (Ley 44/2007, de 13 de diciembre, para la regulación del régimen de las empresas de inserción) y, por lo tanto, dirigido a los colectivos en situación de exclusión social beneficiarios de las mismas, se establece de forma expresa que éstas *“aplicarán itinerarios de inserción sociolaboral en función de los criterios que establezcan los servicios sociales públicos competentes y los servicios públicos de empleo, de acuerdo con las propias empresas de inserción, teniendo que ser aceptados dichos itinerarios por la persona en situación de exclusión social contratada, con el objetivo de promover su integración en el mercado laboral ordinario, definiendo las medidas de intervención y acompañamiento que sean necesarias”* y que éstas *“consistirán en el conjunto de servicios, prestaciones, acciones de orientación, tutoría y procesos personalizados y asistidos de trabajo remunerado, formación en el puesto de trabajo, habituación laboral y social encaminados a satisfacer o resolver problemáticas específicas derivadas de la situación de exclusión que dificultan a la persona un normal desarrollo de su itinerario en la empresa de inserción”*.

Según señala Juan Carlos Ceniceros (Responsable de programas de orientación socio-laboral con colectivos especiales de la Fundación Tomillo) del total de definiciones sobre itinerarios de inserción socio-laboral existentes, la mayoría son similares a esta:

“conjunto de actividades secuenciadas que las personas atendidas que deben recorrer con el fin de facilitarles recursos para su inserción”, este mismo autor define los itinerarios como “un enfoque de la orientación socio-laboral centrado en la persona que permite construir un proceso con carácter pedagógico y encaminado a un cambio de una situación actual a otra deseada”. Igualmente este autor señala:

“Desde la Fundación Tomillo entendemos que si nuestro trabajo consiste en fomentar la autonomía, recuperar la capacidad para tomar decisiones y responsabilizarse cada uno de su propio proyecto vital, asumiendo todas las circunstancias que caracterizan las situaciones personales y sociales, el orientador nunca tiene que dar soluciones. Nuestro trabajo consistirá en facilitar los recursos y proponer los métodos para que sea cada persona quien busque esa solución o se dé una respuesta a su demanda. Tan es así, que se puede casi afirmar que lo importante no es qué hacemos con la demanda del otro, de la persona que tenemos enfrente, sino cómo nos situamos ante esta demanda como orientadores”.

El mismo autor admite:

“Sin embargo, pronto fuimos llegando a conclusiones ciertamente desesperanzadoras. La temporalidad de muchos de los recursos, sujetos siempre a subvenciones, y la diversidad de necesidades que encontrábamos en todas las personas a las que atendimos, nos dieron rápidamente las claves en la elaboración de los itinerarios: no es una forma de gestión de recursos ni de su organización o categorización; de hecho, los itinerarios son tan variados como las necesidades de las personas y con cada una de ellas habría que intervenir en base a esas necesidades”.

En este sentido, los CRL superan este obstáculo debido a su concepción integradora, en la que todas las fases del itinerario y todos los recursos que conforman el mismo pertenecen a una misma unidad indivisible. Esta unidad no está sujeta a subvenciones en cada una de sus facetas, sino que el recurso se ofrece como un todo.

Tampoco debemos hablar de una herramienta rígida, sino que debe ser algo moldeable al propio individuo a quien se le aplica.

Echando la vista atrás, Robert Castel expone que “en los años de crecimiento las decisiones del estado social tenían un poderoso efecto homogenizador, ya que la gestión afectaba a categorías completas de beneficiarios, eliminando las particularidades individuales” (Castel, 1995: 398). Consideramos que la gestión de los itinerarios (que

tiene su origen a principios de los años 80 con las políticas de inserción) tratan de resolver este problema.

La gran mayoría de entidades que han estado dedicadas a la promoción del empleo han ido construyendo sus servicios de empleo a partir de la concesión de subvenciones. Por ejemplo, el programa OPEA (orientación para el empleo y el autoempleo) supone poder incluir en el itinerario de cada persona el recurso de la orientación laboral. Sin embargo, la experiencia nos dice que este programa no ha tenido la relevancia necesaria, primero por su discontinuidad en el tiempo y segundo porque, aunque ha tratado de orientar a todos los colectivos, no ha conseguido ni siquiera significativas tasas de inserción, al no estar conectados ni física ni protocolariamente al resto de recursos del itinerario total. Si escasas han sido las tasas de inserción con colectivos fácilmente empleables, las cifras para con estos colectivos desfavorecidos han sido prácticamente inexistentes (APORTAR DATOS). Aunque no en todos los recursos podemos hablar de escaso éxito en el cometido final: encontrar un empleo a quienes lo demandan: los Centros integrados de empleo (CIE) son una prueba de ello.

Sin embargo, a día de hoy ambos programas (OPEA y CIE) forman parte del pasado, con lo que ya no pueden erigirse como partes importantes de cualquier itinerario.

6.2.2 MODELOS DE ITINERARIOS DE INSERCIÓN SOCIOLABORAL:

No existe un claro consenso, tanto desde el ámbito de los expertos como de las entidades, en relación a las fases que contienen dicho itinerario.

En la mayoría de los casos analizados, existen una serie de fases comunes como son las fases de acogida, diagnóstico, orientación laboral, formación, inserción laboral y seguimiento. También es común identificar la fase de compromiso de inserción y elaboración del proyecto personalizado / individualizado de inserción laboral.

A continuación, presentamos algunos modelos de itinerarios de inserción socio-laboral utilizados por diferentes entidades (asociaciones, fundaciones, administración pública, federaciones) destacados en el trabajo con diferentes colectivos en riesgo de exclusión social (personas con enfermedad mental grave y duradera, personas con discapacidad

sensorial, personas de etnia gitana, en diferentes lugares (Madrid, Cataluña, Sevilla, La Coruña, Castilla-León).

No es nuestro objetivo, pretender analizar todos los itinerarios existentes en nuestro país, ya que muy posiblemente cada entidad que trabaje por la inserción sociolaboral de las personas, tendrá su propio modelo. Sin embargo, si pretendemos ofrecer una relación de itinerarios representativa de los diferentes tipos que existen en la actualidad.

Esquemáticamente, existen diferentes tipos de itinerarios:

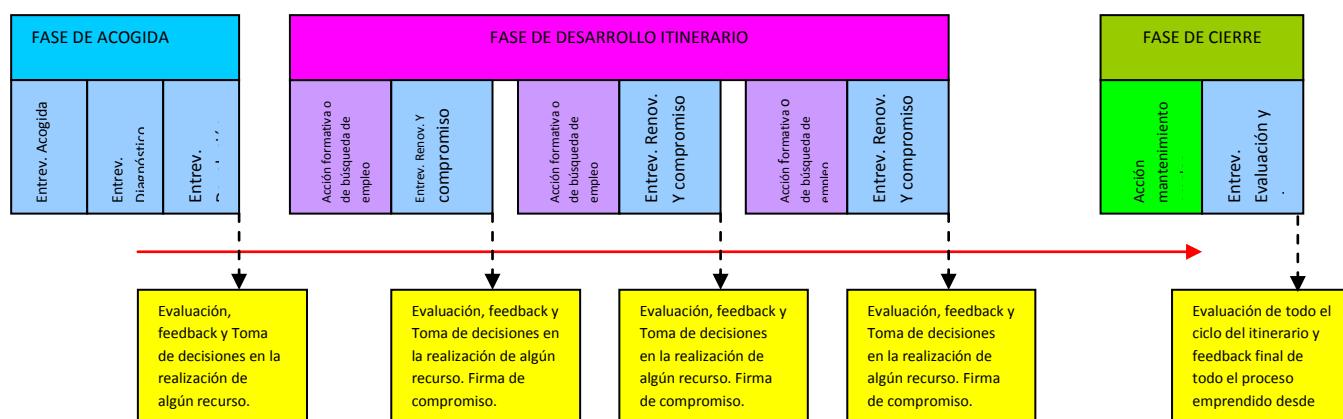
- Con forma lineal (Fundación tomillo, CRL y Secretariado general gitano).
- Con forma circular, dando especial relevancia a alguna de las fases como la orientación (Fundació Pere Tarrés).
- Con forma descendente (Red Coruña Emprega y Fiapas)

Se han seleccionado estos modelos al tratarse de entidades que trabajan con diferentes colectivos en riesgo de exclusión social, en todos los casos con una amplia experiencia en diferentes territorios nacionales: Comunidad de Madrid, Cataluña, Castilla y León y Galicia.

MODELO 1: FUNDACIÓN TOMILLO

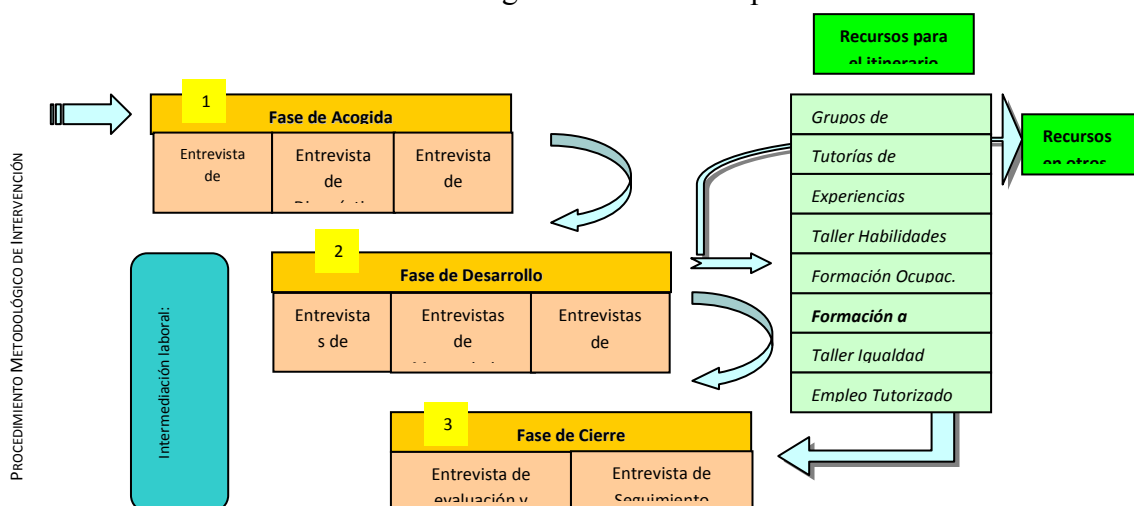


Un hecho destacado en el análisis de este primer modelo lineal de la Fundación Tomillo es la ausencia de una de las fases más importantes de cualquier itinerario: La fase de orientación laboral. Siguiendo a Juan Carlos Cenicerros (Como ya citamos, director de programas de orientación de Fundación Tomillo), nos damos cuenta de la importancia que tiene en esta institución la orientación laboral, al basar la misma en la construcción de itinerarios.



Fuente: “Orientación Sociolaboral Basada en Itinerarios”, Fundación Tomillo, 2003.

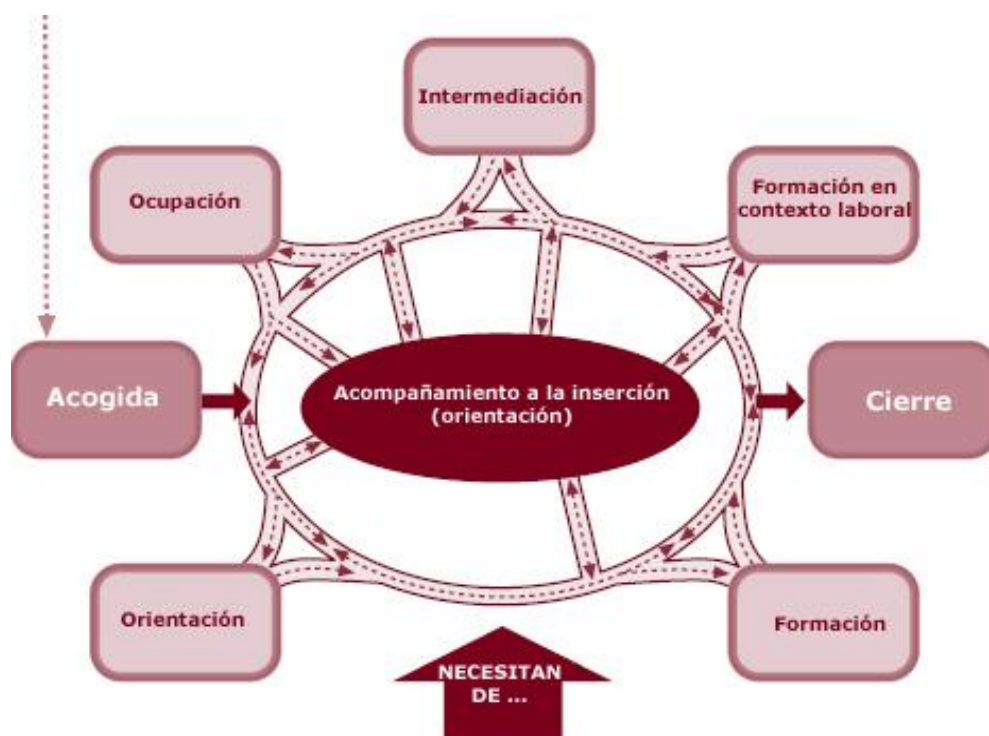
Consideramos importante resaltar que los itinerarios no deberían entenderse como instrucciones para la ejecución de una fase concreta, sino como un todo, estoy seguro que es crucial consensuar con la persona unas fases de trabajo hasta llegar a la empleabilidad de una persona, pero los itinerarios deben marcarse desde el principio (fase de acogida) y no en fases posteriores. Lo cual no quiere decir que estemos hablando de una herramienta rígida, sino muy al contrario de un guion orientativo que mejore las perspectivas laborales de las personas. La ausencia de presupuesto debido a la crisis económica y financiera obliga a entender en muchas ocasiones a los itinerarios en la actualidad como un ente huérfano en alguna de sus fases, debido a la inexistencia de profesionales dedicados a la formación, a la intermediación laboral, a las tareas de acompañamiento, etc.... Esta crucial carencia puede dar al traste como el itinerario al completo en la medida en que hay fases que no pueden sustituirse por soluciones “parche” poco profesionalizadas. Ni cualquiera puede ofrecer orientación para el empleo de calidad, ni alguna de estas fases puede sustituirse o minimizarse, máxime cuando hablamos de personas con discapacidad. Todas estas carencias están solventadas en los CRL al ofrecer una solución integral en el mismo espacio.



Volviendo al análisis del esquema correspondiente al modelo 1, observamos diferencias importantes en ambas propuestas, en el primer caso aparece la fase de seguimiento y en el segundo caso aparece la fase de cierre (siendo uno de los elementos de esta fase la entrevista de seguimiento). No consideramos que haya que hablar de fase de cierre con colectivos que requieren de un constante seguimiento, dadas sus circunstancias. Por lo que, en este sentido, consideramos el primer esquema más completo en este sentido.

Como podemos observar en el tercer esquema del modelo 1, al final de todas las fases (excepto en la última) se produce una “firma de compromiso”, así como una evaluación o feed-back y toma de decisiones en la realización de algún recurso de los existentes en la propia red. En el caso de los CRL se produce un consenso en forma de colaboración e implicación con el sujeto. Considero que el éxito de estos itinerarios tiene en gran parte que ver con la incorporación de la evaluación desde las fases iniciales del proceso, así como incorporar el feed-back de los sujetos en cada tramo del recorrido.

MODELO 2: FUNDACIÓ PERE TARRÉS



Si analizamos este segundo modelo, de tipo circular, podemos comprobar como la orientación vuelve a ser una fase muy importante en todo el proceso, de hecho supone la arteria central que canaliza todas las demás fases. ¿Qué ocurriría si esta fase no puede desarrollarse?, muy posiblemente supondría la ineficacia de todo el itinerario. La

experiencia nos dice que no debemos sustituir la orientación profesional por otros perfiles profesionales menos cualificados o directamente eliminar esta actividad ya que ello con toda seguridad afectaría de manera directa al resultado final.

En este modelo echamos en falta la fase de evaluación, así como la fase de seguimiento, una vez la persona consigue el puesto de trabajo.

MODELO 3: CENTROS DE REHABILITACIÓN LABORAL (CRL)



El modelo lineal aplicado por los CRL (explicado con mayor detenimiento en apartado 6.3.1) presenta la novedad de incorporar la evaluación nada más terminar la fase de acogida, no así al terminar cada una de las diferentes fases del total del proceso (como ocurre en el modelo de la Fundación Tomillo). Esta FASE DE EVALUACIÓN se realiza por cada uno de los profesionales que componen el equipo de trabajo (psicólogo, TAIL, preparador laboral, terapeuta ocupacional y maestros de taller), así como se evalúa el comportamiento de cada persona en los talleres pre-laborales durante su estancia previa de 45 días. Es necesario apuntar un par de cuestiones: a) anualmente se realiza una evaluación de los objetivos con la persona atendida y estos pueden cambiar en función de la misma y b) Este itinerario no es lineal, sino que ofrece en la práctica bastante flexibilidad, de modo que una persona puede pasar del PIR-L a la fase de formación o directamente al empleo si así lo aconsejan las circunstancias.

Si bien existen en el modelo dos puntos de evaluación del proceso (una evaluación que se hace manifiesta en los primeros 45 días de la persona en el recurso y otra al final del itinerario), consideramos que un exceso de evaluación no garantiza el éxito de la inserción laboral, como tampoco es crucial evaluar al final de un proceso tan largo, así como no contar con el feed-back de la información por parte de la persona.

Una vez terminado este primer proceso evaluador, posterior a la FASE DE ACOGIDA, se convoca una Junta de evaluación, en la que participan todos los profesionales del CRL que han analizado la inmersión de la persona en los diferentes talleres. Con toda esa información se establece y propone el Plan individualizado de recuperación laboral (PIRL). Este PIRL se remite a salud mental, organismo de quien se recibe la derivación de la persona.

En definitiva, las fases de forma resumida son: acogida, evaluación, PIRL, intervención, seguimiento y alta, siendo la segunda fase la que presenta diferencias con cualquier otro modelo estudiado.

Como podemos comprobar en la imagen anterior (Itinerario de los CRL) existen dos rutas bien diferenciadas: a) La ruta superior se lleva a cabo entre las personas que acuden al CRL y no tienen empleo y b) La ruta inferior se lleva a cabo entre las personas que acuden al recurso con un puesto de trabajo y precisan de herramientas para mantenerlo. Este segundo grupo tienen como profesional de referencia al preparador laboral, quien realiza tareas de Empleo con apoyo. Las personas atendidas que se encuentran en este itinerario no acuden a los talleres, pero se les hace un PIR-L y se les ofrece apoyo, así como los programas propios de cada centro. El itinerario para este segunda ruta sigue con las fases de seguimiento (puesto que la persona ya tiene un empleo) y alta.

En la ruta superior, una vez terminado el periodo de 45 días que culmina con la elaboración compartida junto a la persona de su PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN LABORAL (PIR-L), plan en el que se marcan sus objetivos a conseguir, comienza la FASE DE INTERVENCIÓN en la que la persona se incorpora de forma definitiva a los talleres y programas del centro, así como se continúan con las intervenciones individuales en despachos con cada uno de los profesionales. Esta fase de intervención abarca: trabajo en programas y talleres (así como intervenciones

individuales en despachos), Orientación vocacional, formación, Entrenamiento en Búsqueda Activa de Empleo (EBAE), BAE, Inserción laboral y empleo con apoyo.

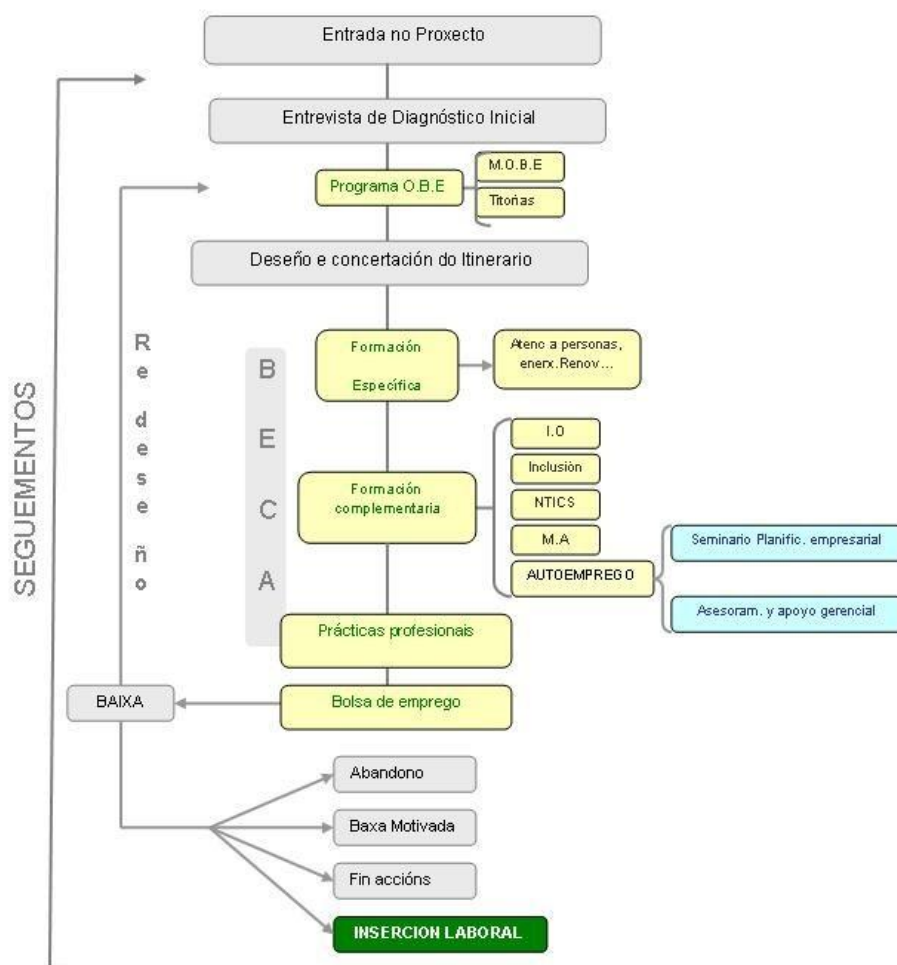
Otra característica importante de este modelo, es que la fase de ORIENTACIÓN VOCACIONAL se encuentra ya en el propio proceso de intervención, y no antes, como así ocurre en la mayoría de modelos, de esta forma se asesora para “pulir” mejor la identificación de capacidades e intereses laborales del sujeto. Esta fase es anterior a la fase de formación y de búsqueda activa de empleo (BAE) y a la fase de intermediación laboral, es decir, el sujeto ya participa de los diferentes talleres y aprende haciendo. En esta fase de orientación vocacional el profesional de referencia es el terapeuta ocupacional.

El siguiente proceso en la fase de intervención es el de identificar las necesidades de formación de la persona, formación que generalmente se realiza fuera del propio centro. A partir de este proceso la persona se centra en el empleo, comenzando con el Entrenamiento en BAE y con la propia BAE. Posteriormente le sigue la fase de Inserción laboral con empleo con apoyo.

En ambos casos (ruta superior y ruta inferior) el itinerario termina con la FASE DE SEGUIMIENTO de la persona insertada y con la FASE DE ALTA.

Es posible considerar la importancia de los itinerarios de creación de empleo para cualquier persona que esté buscando empleo. Dependiendo de los perfiles profesionales, es posible obviar alguna de sus fases, sin embargo, dadas las especiales características de las personas con enfermedad mental, no es conveniente modificar el esquema-modelo del mismo (y mucho menos eliminar alguna de sus fases), en este sentido la fase de orientación laboral-vocacional no debe realizarse únicamente sobre la base de lo que el sujeto nos transmite como preferencias de ocupación, hemos de dedicar el tiempo necesario, y más con quien padece una enfermedad mental, para ayudarle a organizar y reorientar sus preferencias desde un punto de vista objetivo, aparte de sus preferencias y experiencia laboral previa. Uno de los factores de éxito de este recurso es poder comprobar in situ como trabaja la persona y se desenvuelve en los diferentes programas y talleres en los que de forma consensuada ha entrado desde la aceptación bilateral del PIRL. Este extremo apenas es comparable en otros recursos, si acaso en los programas mixtos de empleo y formación con amplio recorrido en España, como son las escuelas taller, las casas de oficios y los talleres de empleo.

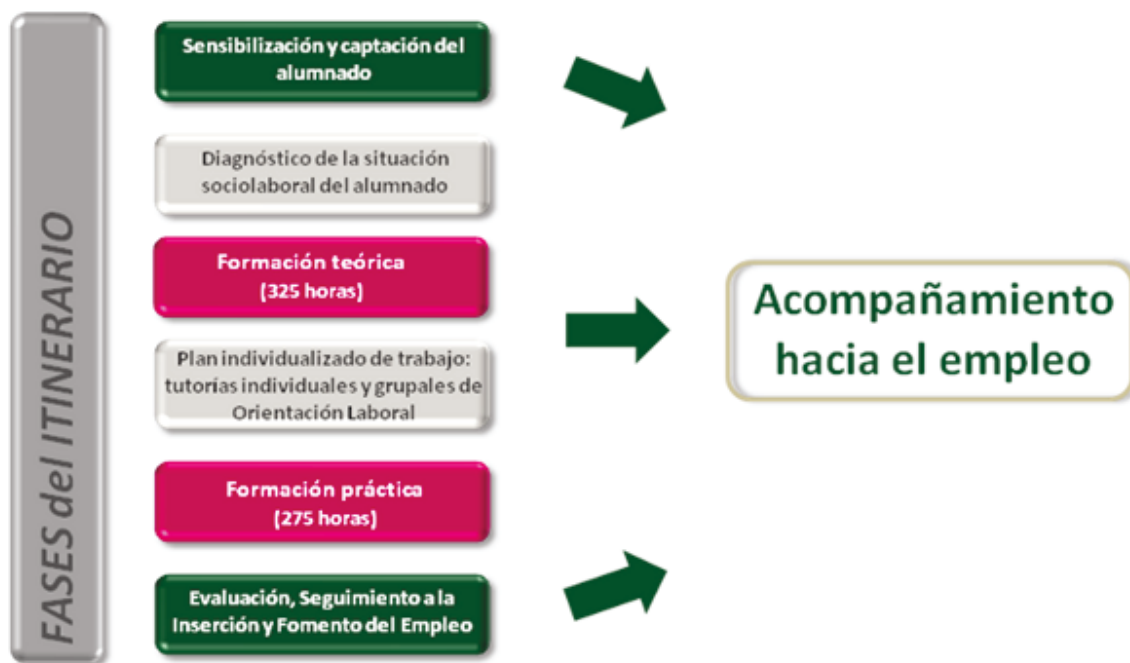
MODELO 4: RED CORUÑA EMPREGA



Se trata del primero de los tres modelos analizados de tipología descendente, no existe fase de acogida como tal, sino que se denomina “entrada en el proyecto”, la siguiente fase es la de entrevista de diagnóstico inicial, coincidiendo con la estructura del modelo de itinerario utilizado por la Fundación Tomillo. La Fundación Secretariado General Gitano es la tercera entidad que especifica el diagnóstico es su modelo de itinerario, pero no en la fase inicial, sino en una tercera fase de diagnóstico de la empleabilidad de las personas. Posteriormente se pone en marcha el programa de orientación para el empleo (OBE) y después el diseño y concertación con la persona del itinerario. A partir de ese diseño comienza la formación específica y/o complementaria y las prácticas profesionales. Podemos afirmar que la fase de orientación se establece sin muchos datos sobre la persona, cuestión que puede afectar en las garantías de éxito.

MODELO 5: PRO-EMPLEO IV (DIPUTACIÓN DE SEVILLA)

Itinerarios Integrados de Inserción Sociolaboral

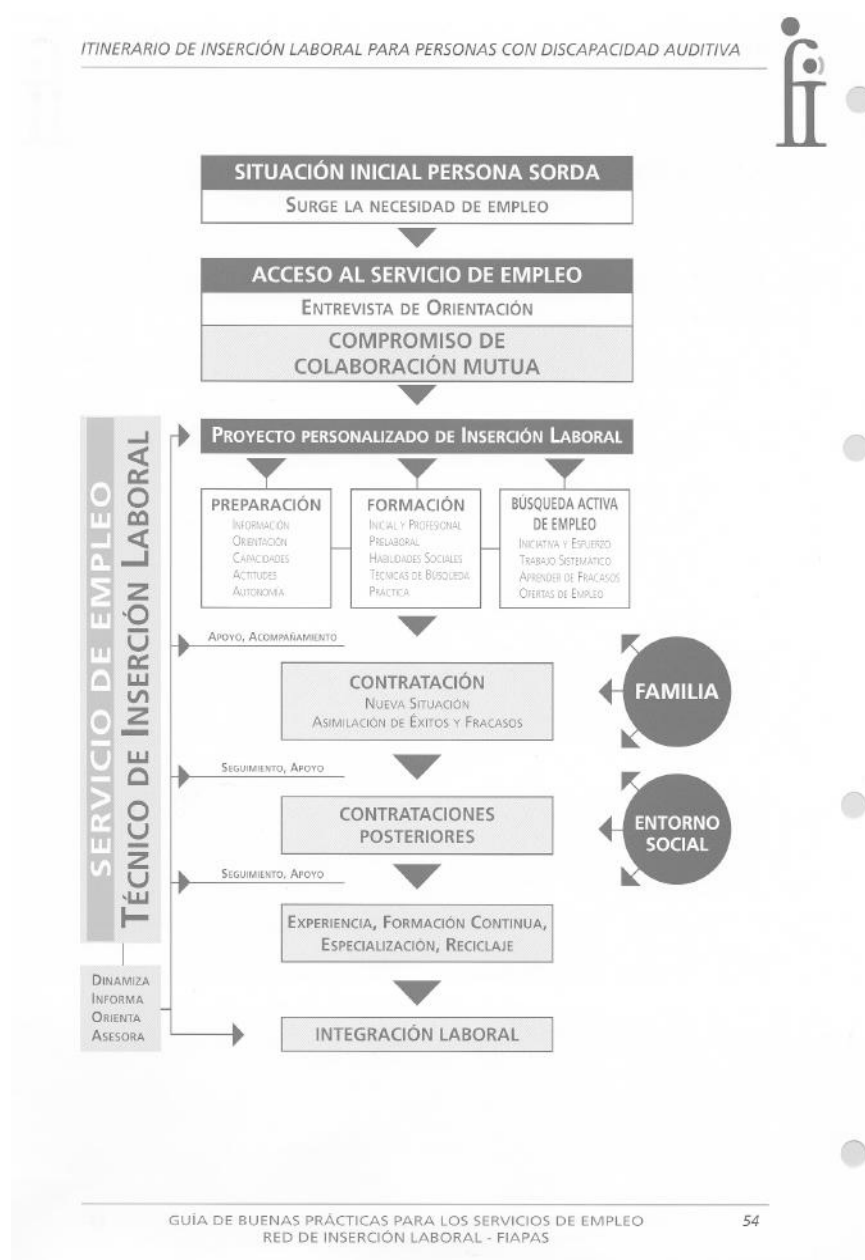


En el segundo enfoque de tipo descendente, originario de otra administración, en este caso, pasamos de una administración local como era el ayuntamiento de La Coruña analizado con anterioridad, a la diputación de Sevilla.

Al tratarse de un programa específico podemos observar como existe una relación directa entre formación y empleo (en este caso tenemos un significativo ejemplo en la formación dual iniciada recientemente en la Comunidad de Madrid con la formación profesional impartida en los IES).

En este caso, no existe fase de acogida, sino captación del alumnado, pasando a diagnosticar su capacidad laboral sin más datos que los aportados documentalmente, lógicamente este itinerario no está diseñado para trabajar con personas con riesgo de exclusión social, por lo que el objetivo final de inserción laboral, más que socio-laboral tiene un camino más directo hacia el empleo.

MODELO 6: FIAPAS (Confederación española de familias de personas sordas)



Sin embargo, este segundo modelo descendente presenta una serie de fases intermedias propias de la necesidad de estos colectivos en insertarse primero social y después laboralmente. En el caso de las personas sordas nos enfrentamos a uno de los colectivos con mayor excusión social, la fase de preparación (que incluye también la orientación) es definitiva para asegurar alguna inserción final.

MODELO 7: FECLEI (Fomento De empresas de inserción en Castilla-León)



Otro recurso, del que ya he hablado en anteriores capítulos, son las empresas de inserción (EI) para colectivos en riesgo de exclusión social (perceptores de rentas mínimas de inserción, desempleados de muy larga duración, Jóvenes que no hayan finalizado el período de escolaridad obligatoria y se encuentren en situación de desempleo, Ex-toxicómanos que se encuentren en proceso de rehabilitación y reinserción social, Internos de centros penitenciarios y ex-reclusos en situación de desempleo, así como otros colectivos como son: minorías étnicas, inmigrantes o personas con cargas familiares no compartidas y en situación de exclusión). Una de las entidades que promueve este tipo de empresas es FECLEI en la Comunidad autónoma de Castilla y León.

En este modelo de itinerario lineal, podemos advertir la existencia de una fase de coordinación e intercambio de información con los servicios sociales, tal y como hacen los CRL con los servicios de salud mental. Esa fase, también es previa a la entrevista y primer contacto con el sujeto. La fase posterior es la de compromiso de inserción y contrato de inicio del trabajo, fase muy común en los itinerarios realizados para colectivos en riesgo de exclusión social que entiendo, tampoco garantizan la viabilidad de las acciones por si sola. Como ocurre en los CRL, también se incluye una fase de evaluación previa basada en la observación de las habilidades y capacidades de la persona, en concreto en la fase 7 de este modelo, donde se establece un diagnóstico y evaluación, sin embargo estas tareas se realizan únicamente sobre la base de las

entrevistas con las personas. Nos encontramos aquí con el problema de la carencia de orientación laboral basada en la experiencia del equipo de trabajo para con la persona, máxime cuando nos encontramos con colectivos con graves dificultades para incorporarse o reincorporarse al mercado de trabajo.

MODELO 8: FUNDACIÓN SECRETARIADO GITANO



Por último, es necesario analizar un octavo modelo, proveniente de una tercera fundación (como tomillo y Pere Tarrés), la cual trabaja con personas de etnia gitana, se trata de un modelo lineal que incorpora una primera fase de difusión y captación, al estilo del modelo centrado en la formación de alumnado (al igual que el modelo de la diputación de Sevilla). Una segunda fase de acogida e información, para comenzar posteriormente con el diagnóstico de la empleabilidad del sujeto y el diseño del itinerario personalizado y compartido. Nuevamente, se echa en falta el recurso de la experiencia de sujeto, que no sólo debe limitarse a una entrevista ocupacional sin más, en el caso de colectivos de difícil inserción debe ampliarse a una observación de al menos un mes de duración, sobre la base de aprendizajes iniciales o prácticas que puedan probar a las personas en sus puestos de trabajo. O este tipo de entidades tienen un conocimiento certero de las personas a quienes atienden por programas ya desarrollados y de cierto recorrido en el tiempo, o falta una información muy rica que puede ayudar a mejorar las posibilidades de inserción de estos colectivos.

Como aspecto positivo encontramos en este modelo de itinerario, que la orientación se produce una vez que el sujeto ha realizado su periodo de formación correspondiente. Asimismo, incluye una fase de intermediación basada en la prospección del mercado de trabajo existente.

El periodo de crisis que nos afecta y que presumiblemente seguirá afectando a la creación de empleo en los próximos años, no ayuda en este sentido, por lo que se hace más necesario que nunca, la búsqueda de fórmulas que ayuden a los profesionales que diseñan estos itinerarios a basar la evaluación de competencias en datos objetivos observados, más que en simples entrevistas ocupacionales que contengan la información no contrastada de las personas a quienes atienden. En este sentido, las fases y los recursos de los propios itinerarios deben ser recogidos en un mismo espacio y, si esto no fuera posible, inventar formulas (convenios, contratos, planes, etc.) que garanticen, para las personas en riesgo de exclusión social, un camino hacia el empleo con las menos trabas posibles.

A modo de síntesis, se expone de forma esquemática las diferentes fases de los diferentes itinerarios analizados según los ítems que los componen:

ENTIDAD	ACOGIDA	DIAGNÓSTICO	ORIENTACIÓN LABORAL	EVALUACIÓN	FORMACIÓN	INSERCIÓN LABORAL	SEGUIMIENTO	CIERRE
FUNDACIÓN TOMILLO	X	X	X	X	X	X	X	X
FUNDACIÓN PERE TARRÉS	X		X		X	X	X	X
CRL	X		X	X	X	X	X	
CORUÑA EMPREGA	X		X		X	X		
PRO-EMPLEO IV		X	X	X	X	X	X	
FIAPAS			X		X			
FECLEI			X		X	X	X	
SECRETARIADO GENERAL GITANO	X	X	X		X	X	X	

EVALUACIÓN DE LOS MODELOS ANALIZADOS

Es necesario considerar la importancia de la elaboración de itinerarios de inserción socio-laboral como protocolos de actuación de las diferentes entidades analizadas, sea cual sea su objeto de intervención, su ámbito de actuación y las fases que desarrollan, al

poder establecer desde un primer momento un marco lógico para el recorrido de las diferentes fases por las que atravesarán las personas usuarias en todo momento hasta llegar a la deseada inserción socio-laboral. A la importancia de elaboración de itinerarios, hemos de unir la especial importancia, y más en estos tiempos, que tiene el sostenimiento de la financiación de las entidades prestadoras de servicios de empleo a través de esos itinerarios, para poder ofrecer ciertas garantías de continuidad de todas y cada una de las fases ofrecidas en dichos modelos.

El análisis global de los 8 modelos planteados nos indica, que en todos ellos se dan las fases de orientación, formación e inserción, fases centrales de todo itinerario. Ello quiere decir, que aquellos modelos que no comienzan por la fase de acogida (incluida en 3 de los 8 modelos de itinerarios analizados) posiblemente hablen de acciones propias de esta fase en la orientación laboral, no siendo fases de intervención similares, (como puede ocurrir en la fase de diagnóstico). Planteamos que para poder realizar una correcta orientación laboral antes hay que conocer a la persona usuaria y diagnosticar sus necesidades, en este caso nos encontramos con 2 de las 8 entidades que no incluyen las fases de acogida y diagnóstico (FIAPAS y FECLEI).

Mayor preocupación nos suscita que 5 de los 8 modelos planteados, no se contemplen fases de gran importancia metodológica como son el diagnóstico y la evaluación, al menos no en estos términos. En el caso de los CRL, como veremos también más adelante, la fase de evaluación aparece en dos momentos del itinerario, no sólo al final del mismo., en el caso de la primera, se permite realizar una evaluación compartida con la persona usuaria del recurso.

Cierta controversia pudiera existir en la fase final al denominar cierre (sólo contemplado en 2 de los 8 casos analizados) o seguimiento (contemplado en 6 de los 8 casos analizados). Hemos de considerar que con colectivos en riesgo de exclusión social, y más en el caso de la enfermedad mental que arroja cifras de desempleo superiores al 80% en personas con diagnóstico de esquizofrenia, no deberíamos hablar de fase de cierre (como aparece textualmente en itinerarios de las entidades FUNDACIÓN TOMILLO Y PERE TARRÉS) sino más bien de seguimiento, sobre todo al conocer las cifras de temporalidad de los empleos generados en este tipo de recursos y para estos colectivos.

6.3 ESTUDIO DE CASO:

6.3.1 ITINERARIOS DE INSERCIÓN LABORAL EN LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN LABORAL

Para adentrarnos detenidamente en un itinerario de inserción sociolaboral aplicado en un CRL, vamos a tomar como estudio de caso el Centro de Rehabilitación Laboral de Alcorcón. Podríamos haber escogido cualquiera de los 21 Centros existentes en la actualidad, pero decidimos decantarnos por este en la medida en que es el centro más cercano físicamente para el investigador que ha escrito esta tesis doctoral y por tanto el centro donde más trabajo de campo se ha realizado, junto con los CRL ubicados en Getafe y Leganés. No obstante, se explicarán también los programas y servicios que realizan el resto de los CRL analizados.

La información contenida en este apartado 6.3.1 proviene de dos fuentes documentales: por un lado las Memorias de actividad del centro anteriormente indicado, y por otro los pliegos de prescripciones técnicas que rigen los contratos de servicios establecidos entre las entidades o empresas adjudicatarias y la Dirección General de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

En primer lugar, vamos a enumerar las fases que componen dicho itinerario, para posteriormente detenernos en cada una de ellas. Las fases del proceso de rehabilitación laboral en este y en todos los centros son: acogida, evaluación, intervención, seguimiento y alta.

1. FASE DE ACOGIDA

Se entiende que la fase de acogida es un proceso individualizado en el que hay que contemplar aquellos factores que van a facilitar la incorporación de las persona al recurso y la aceptación y demanda de los servicios prestados. Por ello es importante definir que esta fase tiene un momento de inicio más definido (proceso de derivación y primer contacto), pero a partir de este momento, en cada caso se producirá un itinerario individualizado.

Los procesos que implican la fase de acogida están iniciados y gestionados por el Director del centro, al que posteriormente se van incorporando otros profesionales. Las fases iniciales implican un conjunto de procesos entre los que podemos destacar:

Abrir la historia psicosocial/profesional.- Cada persona dispone de una historia informatizada con un número individual asignado. Dicha historia dispone de restricciones de acceso con un sistema de contraseñas, y está estructurada según un sistema de gestión centralizado y compartido por todos los profesionales del recurso.

Está compuesta de diferentes subcarpetas:

Evaluación.- En dicha carpeta se archivan todos los procesos necesarios para la evaluación y diagnóstico psicosocial y profesional de cada persona (acogida inicial, evaluación psicosocial, evaluación ocupacional, evaluación jurídico-laboral, evaluación por competencias, etc.)

Intervención.- En dicha carpeta se recogen de forma cronológica y por áreas de intervención todos los eventos y estrategias técnicas llevadas a cabo con cada una de las personas atendidas, sus familiares y con el mercado laboral; los datos son recogidos y gestionados por parte de cada miembro del equipo multidisciplinar en función de sus áreas de funcionamiento principal y tipo de intervenciones.

Informes.- En dicha carpeta se recogen todos los informes con salida a recursos externos (servicios de salud mental, bolsas de empleo, servicios sociales, etc.)

Empleo.- En esta carpeta se clasifican de forma digital todos los documentos relevantes para la inserción profesional de cada persona, incluyendo diplomas y títulos, certificados de vida laboral, documento nacional de identidad, tarjeta de residencia, etc.

Entrevistas Psicosocial y Profesional de Acogida: Las entrevistas psicococial y profesional de acogida consiste en dos entrevistas personales, individualizadas y con escasa estructuración, teniendo como eje la narrativa de la persona y su demanda; en una segunda entrevista se procura hacer un análisis más detallado del perfil psicosocial en contraste con la información facilitada por su Servicio de Salud Mental de referencia. Se le explican a cada persona los diferentes servicios del centro de forma genérica,

incidiendo en aquellos más relacionados con una fase inicial y aquellos más afines a la demanda de cada persona, en caso de que esta sea lo suficientemente ajustada; posteriormente se le enseñan las instalaciones presentándole a la Psicóloga y a la Terapeuta Ocupacional del centro, para iniciar con estas un proceso de valoración específico de las áreas psicosociales y ocupacionales.

Entrevista a la Familia o Red Primaria de referencia: El contacto inicial con la red primaria de referencia y/o familiares se inicia con la autorización de la persona atendida, ofreciendo la posibilidad de que siempre este presente y participe activamente en el proceso de contacto e intervención familiar. La entrevista de acogida familiar se establece como un proceso semiestructurado para que los miembros participantes, (incluida la persona directamente atendida por el CRL) expresen los factores que consideran relevantes en el desarrollo profesional y funcionamiento familiar de este. Se le explican los servicios generales del centro, y en caso de que la persona ya haya pasado por la atención de otros profesionales, se les orienta sobre la evolución de los procesos, profesionales y cuestiones generales. Posteriormente se les presenta a la Psicóloga y a la Terapeuta Ocupacional, con las que iniciaran un proceso conjunto de evaluación familiar y factores de interrelación con el desarrollo profesional y niveles de empleabilidad.

La fase de acogida tiene entre sus finalidades que la persona conozca al personal del centro y asentar las bases para su vinculación y adherencia con su proceso de rehabilitación laboral.

El primer contacto que la persona tiene con el CRL es a través de esta fase. Previamente se ha establecido un contacto telefónico con la persona derivada para fijar una fecha de asistencia al centro para la entrevista de acogida.

No obstante, se puede realizar una “mini-acogida” con aquellas personas que el Centro de Salud Mental considera que es oportuno, aún sin estar esa persona derivada, para facilitar su vinculación al recurso.

Los profesionales encargados de llevar a cabo esta fase son, por lo general, la psicóloga y la preparadora laboral. Este último profesional realiza la acogida en el caso de personas derivadas que se encuentran trabajando y permite tener otra visión del CRL

como un recurso de rehabilitación para personas empleadas. Además, este profesional es uno de los que se encuentra más vinculado con el apoyo para el mantenimiento del empleo.

En algunas ocasiones y en función del número de derivaciones, han participado otros profesionales como el técnico de apoyo a la inserción laboral y terapeuta ocupacional para agilizar la entrada de personas en el recurso.

Durante la entrevista de acogida, se transmite a la persona que, desde el momento en que accede al CRL, el rol de persona-trabajador se encuentra por encima del rol de paciente-enfermo pues el objetivo primordial es su proceso de rehabilitación laboral y que perciba el centro en su totalidad como un recurso de apoyo encaminado a su futura inserción laboral y/o mantenimiento del puesto de trabajo. Con esta primera cita, se deduce que idea tiene la persona sobre el recurso, en función de lo que le han comentado previamente desde Salud Mental o por su propia inventiva. También se pregunta brevemente sobre su trayectoria formativa-laboral más reciente (tiempo desempleado, que ha hecho hasta el momento, etc.) y sus expectativas con el centro para hacer una primera valoración de su motivación y disposición.

A continuación se ofrece información sobre los objetivos y funcionamiento del centro. Se explican las diferentes fases (evaluación, intervención, seguimiento y alta) por las que va a pasar la persona junto con las actividades a realizar en cada una de ellas (entrevistas de evaluación, programas de rehabilitación, talleres prelaborales, intervenciones individuales, etc.) y los profesionales implicados. Toda esta información se complementa con la entrega de un tríptico explicativo sobre el CRL.

Se hace especial hincapié en varios aspectos:

- Explicación detallada de los talleres prelaborales (se ha detectado que es donde las personas muestran un mayor desajuste por una concepción errónea de los mismos).
- El proceso de rehabilitación es personalizado e individualizado por lo que no se puede establecer una duración determinada ya que varía en función de la evolución de cada persona.
- Durante la evaluación se va a determinar si la persona es perfil del centro.
- Se le expone el documento “Tratamiento de datos de carácter personal, y de salud consentido por el interesado” para su firma. Además se recogen los datos personales

más relevantes y se pregunta con qué persona de la familia se puede tener un contacto posterior, debido a la importancia de la implicación familiar en el apoyo y colaboración en su proceso de rehabilitación laboral.

- La entrevista de acogida finaliza con la formalización de la primera cita de evaluación y con la presentación de las infraestructuras del centro y de los diferentes profesionales para que la persona se sienta acogida por todo un equipo profesional.
- Profesional de referencia. Desde el momento de la acogida, toda persona atendida tiene un profesional de referencia (psicóloga, terapeuta ocupacional, técnico de apoyo a la inserción laboral o preparadora laboral) disponible ante cualquier duda o sugerencia que tenga la persona con respecto al funcionamiento del centro o ante cualquier cuestión que quiera comentar.
- Cuestionario de Acogida: Se utiliza para conocer la idea que tiene la persona del CRL.
- Cuestionario de Prevención de Riesgos Laborales para entrada en taller prelaboral.
- Itinerario del CRL. Se utiliza en la acogida para explicar a la persona el proceso de atención. Está realizado en un formato gráfico que permite una visualización rápida y clara.

2. FASE DE EVALUACIÓN Y PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN LABORAL

La fase de evaluación consta de dos partes:

- Por un lado, la **evaluación** realizada **a nivel de despacho** entre la psicóloga, el técnico de apoyo a la inserción laboral, la terapeuta ocupacional y la preparadora laboral (este último en el caso que se encuentre trabajando la persona).
- Por otro lado, la **evaluación** del ajuste socio-laboral en los **talleres prelaborales**.

Como analizamos en el apartado 5.4.4, no todos los modelos autonómicos presentan la misma composición de sus equipos de trabajo, de hecho la mayoría de modelos no contemplan la figura del Técnico de Apoyo a la Inserción Laboral (TAIL). En todo

caso, lo que si realiza este modelo, es una evaluación de cada caso por parte los diferentes profesionales del equipo anteriormente citados: psicóloga, el técnico de apoyo a la inserción laboral, la terapeuta ocupacional y la preparadora laboral.

Volviendo a esta fase de evaluación, la entrada en talleres viene determinada por la experiencia formativa laboral de la persona, su preferencia personal hacia uno de los talleres y la valoración realizada por los profesionales de despacho en función de la información recogida hasta el momento.

La obtención de la información proviene de diferentes fuentes como son: la propia persona, la familia, la observación realizada desde el CRL, la documentación requerida a la persona, y la información aportada por los profesionales de otros recursos sanitarios, sociales, formativos y laborales.

Una vez que se ha finalizado la evaluación en los talleres prelaborales, se convoca una Junta de evaluación cuyo resultado es el **Plan individualizado de rehabilitación laboral (PIR-L)**. En dicha Junta, cada profesional expone su parte de la evaluación y en equipo se plantean los objetivos a trabajar en la fase de intervención y que formarán parte de su PIR-L. Estos objetivos vienen determinados por las necesidades que las propias personas plantean y por lo detectado en las diferentes evaluaciones.

Las diferentes áreas de evaluación quedan plasmadas en el Informe resumen de evaluación que se entrega a Salud Metal en la Comisión de Seguimiento. No obstante, este Informe también constituye una herramienta de trabajo para el equipo del CRL, pues el PIR-L se va revisando y actualizando cada 6 meses o en el momento que se considere oportuno.

Dicho Plan individualizado de rehabilitación laboral (PIR-L) se compone de:

- Historia biográfica-clínica
- Áreas de evaluación (área psicosocial y área formativo laboral)
- Observaciones del proceso de evaluación
- Expectativas y necesidades de la persona ante el CRL.

Todo esto permite realizar una “radiografía” de la persona y conocer sus capacidades, destrezas, habilidades, competencias y aspectos a mejorar desde un punto de vista sociolaboral.

Esta fase concluye con una cita entre la subdirectora-psicóloga, jefe de taller y la persona atendida. El objetivo es transmitirle su PIR-L y llegar a un consenso o compromiso. Una copia del PIR-L es entregada a la persona y en las diferentes citas con los profesionales se menciona ese pacto para dejar constancia de que el trabajo con cualquier persona está determinado y guiado por unos objetivos. De esta forma, se sigue potenciando su rol activo y su implicación con su proceso de rehabilitación laboral.

A partir de este momento la fase de evaluación deja paso a la fase de intervención pero entre ambas hay una interrelación continua pues en ocasiones durante la evaluación se hace intervención y viceversa.

A continuación exponemos la EVALUACIÓN EN DESPACHOS por parte de los diferentes profesionales que trabajan en los CRL:

2.1 EVALUACIÓN PSICÓLOGA

La evaluación realizada por la psicóloga se realiza por separado tanto con la persona como con la familia. Con la persona se emplean dos sesiones mientras que con la familia únicamente se necesita una sesión pues el objetivo es contrastar la información aportada por el familiar.

Los principales aspectos a evaluar son:

- Historia biográfica. Desarrollo evolutivo y orden cronológico de su historia vital.
- Historia clínica. Diagnóstico, sintomatología, tiempo de evolución, adherencia al tratamiento psiquiátrico, adicciones, intentos autolíticos y otras enfermedades de interés.
- Área de funcionamiento psicológico: Conciencia de enfermedad, autoconcepto y afrontamiento.

- **Ámbito familiar:** Composición familiar, emoción expresada y apoyo familiar con respecto al empleo.

2.2 EVALUACIÓN PREPARADOR LABORAL

La evaluación con la Preparadora laboral se concreta en los siguientes aspectos:

- Objetivos personales que se plantean trabajar en el centro
- Necesidades y Expectativas ante el CRL
- Autonomía en el puesto de trabajo (sólo a las personas que están trabajando en el momento de la evaluación)
- Esta evaluación se realiza una vez que han terminado la evaluación “en despachos” y llevan unas semanas en el taller para confrontar la visión de los profesionales con la persona.

2.3 EVALUACIÓN TÉCNICO DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL (TAIL)

La evaluación que realiza el Técnico de Apoyo a la Inserción Laboral abarca tanto al persona/a como a su familia, haciéndose en sesiones diferenciadas.

PERSONA:

- Con la persona, el técnico evalúa las siguientes materias:
 - Historia formativa previa y posterior al inicio del trastorno mental.
 - Historia laboral previa y posterior al inicio del trastorno mental.
 - Situación legal y económica de la persona.
 - Evaluación del conocimiento del mundo laboral.
 - Evaluación de los recursos de empleo que conoce la persona.
 - Evaluación del apoyo social y familiar que percibe la persona.

- Se realiza en dos/tres sesiones de entrevista, dependiendo del número de trabajos y/o cursos que haya tenido la persona y, además, se administra un cuestionario sobre el conocimiento del mundo laboral.

FAMILIA:

- Con la familia, las materias que se evalúan son:
 - Información complementaria de la historia formativo-laboral de la persona.
 - Expectativas formativas y laborales de su familiar.
 - Situación económica de la familia.
 - Conocimiento real del mundo laboral.
 - Apoyo social y familiar que tiene la persona.
 - Qué obligaciones tiene la persona en casa que pueden interferir en una futura inserción laboral.
- Se realiza en una única entrevista.

2.4 EVALUACIÓN TERAPEUTA OCUPACIONAL

La evaluación de la Terapeuta Ocupacional se concreta en la evaluación del desempeño en las áreas ocupacionales de:

- Actividades de la vida diaria básicas y personales, orientadas al cuidado de uno mismo
- Actividades de la vida diaria instrumentales de interacción con el medio, son a menudo complejas y delegables
- Orientación laboral:
 - intereses y motivación laboral
 - habilidades y dificultades en el desempeño laboral
 - expectativas personales y profesionales
 - habilidades y herramientas de búsqueda de empleo
- Desempeño ocupacional en sus experiencias formativas

- Desempeño ocupacional en sus experiencias laborales
- Ocio y participación social

Podemos clasificar las competencias valoradas en la evaluación inicial como:

· **Competencias técnicas:** todos los conocimientos formativos, habilidades técnicas derivadas de experiencias, previa y habilidades socioculturales. Están referidas al conocimiento de la tarea a desarrollar, a la formación y destrezas técnicas necesarias.

Estas competencias son entrenables a lo largo del tiempo a través de experiencias profesionales previas y/o acciones formativas.

· **Competencias metodológicas:** se fundamentan en las habilidades psicomotrices y cognitivas y están referidas a la manera de realizar la tarea, habilidades necesarias para la realización del trabajo, formas de poner en práctica los conocimientos técnicos. Podemos incluir habilidades o capacidades cognitivas: Atención, memoria, planificación/gestión del tiempo, cálculo, lecto-escritura, capacidad de resolución de problemas, seguimiento de instrucciones, así como habilidades o capacidades psicomotoras: Agilidad, control postural, coordinación motora gruesa, coordinación motora fina, resistencia a la fatiga.

· **Competencias participativas:** se fundamentan en los componentes más relacionados con las cualidades, actitudes y los hábitos básicos de trabajo tales como: puntualidad, asistencia, participar en los objetivos de la empresa, flexibilidad ante los cambios, motivación, etc.

Si nos detenemos brevemente en el concepto de flexibilidad, debemos apuntar la dificultad que el colectivo de las personas con enfermedad mental tiene hacia ella. El autor Robert Castel señala:

—la flexibilidad exige al operador que esté disponible a las fluctuaciones de la demanda, dando una respuesta inmediata a las coyunturas del mercado. Para asumir todo ello se recurre a la subcontratación o bien a formar a su propio personal”

(Castel, 1995: 406).

—Decididamente estos cambios en el mundo del trabajo afectan negativamente a quienes más dificultades de adaptación tienen. El problema es que la empresa se hace cargo de la adaptación de su personal a los cambios tecnológicos y de otra índole, pero al precio de eliminar a aquellas personas que no sean capaces de ponerse a la altura de las nuevas normas de excelencia.(..). La formación permanente puede funcionar como selección permanente, el resultado es la invalidación de algunos trabajadores”

(Castel, 1995: 407-408).

· **Competencias sociales:** están fundamentadas en las habilidades sociales necesarias según cada contexto y situación. Este tipo de competencias implican las relaciones interpersonales necesarias para el desempeño de las tareas que definen el puesto, situándose en las relaciones con compañeros, supervisores, empleados, proveedores y clientes.

Una vez expuestos los criterios de la evaluación en despachos, es momento ahora de exponer las líneas básicas de la EVALUACIÓN EN TALLERES PRE-LABORALES.

Los ítems que se evalúan en los talleres pre-laborales son:

• **HÁBITOS BÁSICOS DE TRABAJO**

Asistencia

Puntualidad

Aseo y Cuidado Personal

Actitud Frente al Trabajo

Manejo del equipo y herramientas

Cuidado del material

Continuidad en las tareas

Resistencia a la Fatiga

Reacción al Trabajo Repetitivo

Reacción a los Cambios de Tarea

Cumplimiento del Horario

Higiene en el Trabajo

Seguridad en el Trabajo
Utilización de Ropa de Trabajo

- **ASPECTOS COGNITIVOS**

Atención y Concentración
Comprensión y Seguimiento de
Instrucciones.
Memoria para las Instrucciones
Capacidad para Afrontar
Problemas

- **ASPECTOS CENTRADOS EN LA TAREA**

Creatividad
Ritmo de Ejecución
Organización y Realización de tareas
Calidad de Trabajo; grado de perfección
Iniciativa; dar prioridad a las tareas

Cuando se ha realizado la evaluación en despachos por parte de los diferentes profesionales que trabajan con la persona atendida, así como la evaluación en los talleres pre-laborales, se está en condiciones de establecer el Programa Individualizado de Rehabilitación Laboral (PIRL).

PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN LABORAL

Como hemos señalado, una vez recogidos por los profesionales datos significativos de las diferentes áreas, se procede a establecer un proceso de análisis, valoración y diagnóstico multidisciplinar que permiten establecer el **Programa Individualizado de Rehabilitación Laboral (PIRL)**.

El PIRL tiene las siguientes características:

- Los objetivos se formulan incorporando los factores de identidad de cada persona, por lo que hay que evitar que sean tan generales que no orienten la intervención.
- Contiene los procesos que es necesario abordar para conseguir el objetivo, estableciendo la metodología de trabajo
- Incluye los indicadores de cambio que deben ser extraídos de los sistemas de evaluación continua y ser lo suficientemente sensibles a la evolución de la persona como para valorar el grado en que la intervención está siendo eficaz.

Los PIR-L contemplan dos ejes relevantes y sus dimensiones: la persona y el entorno formativo-laboral.

Para ello se llevan a cabo diferentes procesos:

- Elaboración de informe por cada profesional.
- Junta de evaluación multidisciplinar. Se exponen las valoraciones realizadas y se inicia un debate técnico para establecer las principales áreas de competencia y áreas necesarias de intervención.
- Junta de planificación multidisciplinar. Se establecen los objetivos prioritarios (elementos que se quieren conseguir), los procesos (acciones necesarias para la consecución de los objetivos) y los indicadores (formas para valorar el avance en la consecución de objetivos)
- Redacción del informe final, donde se indican de forma coherente, secuenciada las diferentes áreas de valoración, conclusiones, objetivos y plan de intervención.
- Entrega del informe al Servicio de Salud Mental, dirigiendo el informe al responsable de continuidad de cuidados, al psiquiatra de referencia y al trabajador/a social (profesional con el que habitualmente nos coordinamos)

3. FASE DE INTERVENCIÓN

Es la puesta en marcha del PIR-L de cada persona. A partir de esta fase cobra más fuerza la atención individualizada y personalizada, pues toda la intervención se va a ajustar a sus necesidades y demandas.

La intervención es llevada a cabo por todo el equipo profesional.

La atención se ofrece en dos contextos:

- Contexto rehabilitador de los **TALLERES prelaborales**
- Contexto rehabilitador fuera de los talleres prelaborales, esto es, intervenciones individuales de despachos y los diferentes **PROGRAMAS de rehabilitación** grupales.
- Contexto rehabilitador a través de **OTRAS ACTIVIDADES de rehabilitación**
- Contexto rehabilitador a través de **ATENCIONES INDIVIDUALES**

Con todo ello se persigue que la persona adquiera o recupere sus habilidades y competencias sociolaborales.

Esta fase se caracteriza por ir avanzando poco a poco en la salida al empleo. Se comienza con el entrenamiento en ajuste sociolaboral en los talleres prelaborales. Una vez superada esta fase, se continúa con el programa de orientación vocacional, de ahí a la búsqueda activa de empleo, la incorporación a un puesto de trabajo y su mantenimiento. No obstante, esta secuencia no es lineal en todas las personas y se pueden producir saltos como por ejemplo desde el taller prelaboral a la búsqueda de empleo, pues la persona puede ser autónoma en el manejo de herramientas de búsqueda de empleo o también la persona puede que no necesite pasar por el taller prelaboral al tener adquiridos los hábitos básicos de trabajo, habilidades sociales en el ambiente laboral, etc.

A continuación se exponen algunos de los programas que se desarrollan normalmente en un CRL en esta tercera fase de intervención. Recordamos que hemos tomado como ejemplo el CRL de Alcorcón, si bien en las siguientes páginas ofreceremos una tabla explicativa en la que aparecen la totalidad de los programas y los centros que los han puesto en marcha:

3.1 PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN:

3.1.1 Programa de familias

El Programa de Familias del CRL Alcorcón (que como hemos indicado, es el CRL que hemos tomado como ejemplo para explicar todo el proceso de rehabilitación laboral que se sigue en estos centros), está compuesto por la Escuela de Familias y el Programa de Apoyo Familiar al proceso de rehabilitación laboral (AFP).

A continuación se detallan ambos:

A) Escuela de familias

La Escuela de Familias se encuentra incluida dentro del Programa de Familias desarrollado en el CRL de Alcorcón. Las familias ocupan y tienen un lugar en el CRL pues aunque la intervención, inicialmente, va dirigida a la persona, las familias son receptoras indirectas del resultado del mismo y, en ocasiones, es necesaria una intervención específica con el sistema familiar.

Todo proceso de rehabilitación laboral se asienta sobre un enfoque integrador y global compuesto por:

- La persona como impulsor de su proceso de recuperación
- La familia como elemento de soporte cotidiano
- El equipo profesional como los técnicos especialistas en la inserción laboral.

Las diferentes partes implicadas persiguen un mismo fin: la integración sociolaboral a través de un proceso de rehabilitación laboral en el que se enfatiza la autodeterminación de la persona en cuanto a su capacidad para tomar decisiones, independientemente de los apoyos que necesite.

En el caso del CRL de Alcorcón, durante el año 2008 se puso en marcha la 1ª Escuela de familias. Se impartió de forma grupal durante dos sesiones. El objetivo primordial ha sido reforzar el contacto con las familias y explicar el funcionamiento general del centro y las funciones de cada profesional. Ha sido una primera toma de contacto con la idea de que en las sucesivas Escuelas de Familias se profundice en aspectos más concretos.

Los objetivos generales y específicos del Programa son:

1) *Participar en el proceso de rehabilitación laboral de su familiar*

Conocer el desempeño laboral real de su familiar

Evaluar la percepción que tienen de su familiar como trabajador

Evaluar las creencias sobre el proceso de inserción laboral de su familiar

2) *Mejorar el conocimiento que tienen del Centro de Rehabilitación Laboral*

Encuadrar el CRL dentro del Plan de Atención a Personas con Enfermedad Mental

Conocer los objetivos del centro

Conocer las funciones de los profesionales

3) *Adoptar un papel de colaboración con el CRL*

Facilitar que la familia sea un “co-terapeuta”. Una persona de apoyo para su familiar y un aliado con el equipo profesional.

4) *Dotar de habilidades y capacidades de apoyo a la inserción laboral del familiar*

Potenciar la autonomía de su familiar

Potenciar la toma de decisiones de su familiar

Mejorar la comunicación

Mejorar la capacidad para resolver problemas y tomar decisiones

5) *Proporcionar un espacio de encuentro e intercambio de experiencias entre los profesionales del CRL y las familias*

B) Programa de Apoyo Familiar al proceso de rehabilitación laboral (AFP)

Consiste en una intervención individual familiar (siempre y cuando la persona consienta la participación de sus familiares). Se persigue tener contacto continuo y/o puntual con la familia y su compromiso y colaboración.

Desde el CRL se cita a la familia en 4 momentos importantes, en función de los cuales, intervienen los diferentes profesionales:

- Una vez que se ha consensuado y pactado con la persona su PIR-L.
Responsable profesional: psicóloga
- Cuando la persona está en el Programa de orientación vocacional.
Responsable profesional: terapeuta ocupacional
- Cuando la persona está en la Búsqueda Activa de Empleo.
Responsable profesional: técnico de apoyo a la inserción laboral.
- Cuando se ha producido una inserción laboral.
Responsable profesional: Preparadora laboral.

3.1.2 Programa de Orientación Vocacional

El objetivo de un programa de Orientación Vocacional es ajustar las expectativas laborales del personal, teniendo en cuenta sus intereses vocacionales, sus preferencias, habilidades y conocimientos, así como las demandas del mercado laboral.

Los objetivos específicos del programa son:

- Aumentar el conocimiento personal de la persona
- Aumentar la motivación para iniciar un proceso de integración en el mercado formativo laboral
- Conocer y manejar las propias capacidades laborales e integrarlo ajustadamente con las necesidades, motivaciones e intereses personales
- Conocer, aprender y manejar las características del mercado laboral y formativo actual
- Aumentar el conocimiento sobre áreas laborales de interés
- Plantear un proyecto formativo laboral de futuro y ponerlo en marcha

3.1.3 Programa de EBAE

Las habilidades necesarias para la búsqueda de empleo deben ser las ajustadas a las demandas del mercado laboral del momento. Por lo tanto en la búsqueda de un empleo entran en juego dos electos importantes:

- Las propias habilidades y capacidades de la persona que busca empleo
- Las características del mercado laboral.

El entrenamiento en habilidades para la búsqueda de empleo tiene como fin último la adquisición de técnicas y habilidades básicas suficientes para desenvolverse con éxito en la búsqueda de empleo.

3.1.4 Programa de Búsqueda Activa de Empleo (BAE)

El objetivo fundamental del Programa es el acompañamiento, apoyo, refuerzo y guía en dicha búsqueda. En este punto del itinerario de inserción laboral, las personas saben qué puesto de trabajo quieren, tienen un Currículum Vitae elaborado y saben afrontar una entrevista de trabajo.

La actuación del Técnico de Apoyo a la Inserción Laboral (TAIL) dependerá de las necesidades de cada persona/a y éstas, a su vez, están estrechamente vinculadas a sus capacidades. De este modo, lo primero que se valoran son las capacidades que tiene la persona para afrontar el proceso de búsqueda. El conocimiento que se tiene de la persona gracias a todo el proceso anterior de intervención en los talleres prelaborales facilita en gran medida esta labor.

El principio fundamental es la subsidiariedad. Esto es, no se hace nada que la persona pueda realizar por sí misma pues lo que se trata es de sacar a cada persona lo máximo que pueda dar de sí misma.

Partiendo de esta premisa, los **objetivos** del Programa de Búsqueda Activa de Empleo son:

- Conseguir que la persona domine las diferentes vías de búsqueda de empleo, poniendo especial énfasis en la búsqueda a través de Internet y en el contacto con los intermediadores de empleo de otros recursos, bolsas de empleo para personas con discapacidad, etc.
- Lograr que la búsqueda de empleo sea lo más activa posible.
- Normalizar la búsqueda de empleo, para lo cual, se realizará en un espacio físico fuera de las instalaciones del CRL, donde lo realizarían de no estar derivados a este recurso y donde lo tendrán que hacer una vez hayan sido dados de alta del CRL.
- Dotar de estrategias a las personas para afrontar y resolver situaciones conflictivas o críticas que puedan surgir debido a la no obtención de un puesto de trabajo.
- Acceder al mejor empleo posible, ya sea ordinario o protegido, según las posibilidades de cada persona/a. Si para conseguir este objetivo es preciso la intermediación del técnico debido a que la persona no puede por sí misma

obtener el empleo, se realizará de manera individualizada y en el momento que sea preciso para evitar que la persona se desestabilice porque no consigue el trabajo.

3.1.5 Programa de Conocimiento del Mundo Laboral: Coloquios Laborales

El Programa de Conocimiento del Mundo Laboral, comúnmente denominado “Coloquios Laborales” se inició en marzo de 2008 con el **objetivo fundamental** de incrementar el conocimiento del mundo laboral, ordinario o protegido, que tienen las personas del centro. Asimismo, se ha establecido el Programa para que sirva de enganche al recurso y para fomentar el conocimiento de todo el grupo de personas que componen el CRL y las relaciones sociales entre ellos.

Objetivos específicos:

- Aumentar la motivación para trabajar.
- Eliminar ideas erróneas sobre el mundo empresarial, en especial, en relación al trabajo protegido.
- Promover el ajuste de los intereses profesionales de las personas, fomentando, en su caso, la mejora de empleo para conseguirlo.
- Posibilitar el mantenimiento del puesto de trabajo debido a que la persona va a poder desenvolverse de una manera más autónoma y ajustada en el ambiente laboral.

3.1.6 Coloquios de Información Social

El Programa de Coloquios de Información Social pretende suplir las necesidades detectadas a la hora de mantener un puesto de trabajo. Por ello, se establecen los siguientes objetivos generales:

- Recuperar, mantener o mejorar habilidades de comunicación.
- Proporcionar herramientas y estrategias de comunicación y búsqueda de información para una mejor integración sociolaboral.
- Fomentar las relaciones sociales.

Asimismo, hemos pensado en este programa como enganche al recurso.

Objetivos específicos del Programa:

- Incrementar la cultura general de los participantes.
- Aumentar los temas de conversación.
- Despertar inquietudes en campos variados.
- Fomentar espíritu crítico.
- Trabajar en equipo.
- Generalizar estas habilidades en otros contextos.

3.1.7 Programa de ocio

A principios del 2008 se pone en marcha el Grupo de Ocio para facilitar la integración sociolaboral de las personas, con lo siguientes objetivos:

- Mejorar y aumentar las relaciones sociales de las personas
- Fomentar su autonomía e iniciativa personal
- Aumentar su conocimiento de los diferentes recursos de ocio
- Despertar intereses por otras actividades

Una vez expuestos algunos de los programas que se han realizado en el CRL de referencia, a continuación exponemos en la siguiente tabla el título de los programas realizados en los 16 CRL objeto de nuestro estudio:

PROGRAMAS REALIZADOS EN CRL (2008-2012)

CRL	PROGRAMAS	
Alcorcón	Ansiedad	Conocimiento del mundo laboral
	Psicoeducación (Programa de familias)	Mantenimiento del puesto
	Habilidades sociales	Ejercicio físico
	Orientación vocacional	Coloquios información social
	EBAE	Programa de Ocio
	Expresión de emociones	Resolución de conflictos
	BAE	Seguridad y salud
Carabanchel	Grupo empatía	Grupo asertividad
	Orientación vocacional	Lectoescritura y operaciones numéricas
	EBAE	Hora Master (informática)
	BAE	Grupo vida cotidiana
	Coloquios laborales	Coloquios de información social
	Grupo familias	Grupo de limpieza
	Programa de Ocio	Afrontamiento laboral
Fuencarral	BAE	Empleo con apoyo
	Funcionamiento psicosocial y en AVD	Grupo asertividad
	Coloquios laborales	Grupo familias
	Programa de Ocio y tiempo libre	Taller de entrevistas
	Grupo de afrontamiento	Hábitos de vida saludable
	Nivelación cultural	Asamblea de personas
	Grupo de iniciación a la informática	Empleo con apoyo
Fuenlabrada	Orientación vocacional	Coloquios laborales
	Intervención en funcionamiento psicosocial	Conocimiento mercado laboral
	BAE	Habilidades sociales en contexto laboral (Taller entrevistas)
	Entrenamiento para la BAE (EBAE)	Adaptación de tareas en talleres prelaborales
	Apoyo para el mantenimiento del empleo	Afrontamiento laboral

	Grupo de apoyo laboral	Programa de familias
	Comité sociolaboral	
Getafe	Conocimiento del entorno sociolaboral	Grupo de automotivación
	Orientación vocacional	Afrontando con humor
	Entrenamiento para la BAE (EBAE)	Ocio y tiempo libre
	BAE	Grupo de informática
	Grupo asertividad laboral	Talleres de ciudadanía
	Coloquios de información social	Talleres de sensibilización en medio ambiente
	Afrontamiento laboral	Grupo de deporte: running
	Grupo familias	Grupo de salud
	Apoyo a la formación	
Hortaleza	Intervención en funcionamiento psicosocial	Grupo familias
	Orientación vocacional	Visitas a recursos de empleo y formación
	Conocimiento del mercado laboral	Comité de empresa
	Entrenamiento uso internet para BAE	Apoyo familiar al proceso de rehabilitación
	Taller de entrevistas	Filmocoloquios / Filmoempleo
	EBAE	Taller de nuevas tecnologías
	BAE	Súmate: mes + mes = empleo
	Programa de Ocio y tiempo libre	Expresión de emociones
	Coloquios de información laboral	Afrontamiento laboral
Latina	Intervención psicológica y social	BAE
	Intervención ocupacional para el empleo	Incorporación al empleo con apoyo
	Orientación y atención familiar	Evaluación e intervención familiar
	Apoyo a la formación	Prospección e intermediación formativo-laboral
	Rehabilitación de hábitos y competencias	Grupo de familias
	EBAE	
Ventas-Nueva Vida	Asertividad laboral	Ocio y tiempo libre
	Intervención con familias	Rehabilitación cognitiva

	Coloquios de información social	Inoculación de estrés
	Coloquios laborales	
Pedrezuela	Afrontamiento laboral	Programa de Ocio y tiempo libre
	Orientación vocacional	Coloquios laborales
	EBAE	Taller de reciclaje
	BAE	Taller de prensa
	Programa de entrevista	Taller de novela gráfica
	Taller de oficios artesanales	
Retiro	Proyecto personal	Coloquios laborales
	Comunicación Asertividad	Taller solidario
	Afrontamiento emociones	Asamblea
	Entrenamiento en entrevista	Tecnologías para BAE
	Internet para BAE	Programa ocio
	Programa familias	Habilidades sociales
	Manejo de la ansiedad	
San Blas	Afrontamiento del estrés y manejo de emociones	Equilibrio (ocio y tiempo libre)
	Autoestima	Rutinas positivas
	Armonía emocional	Intervención con familias
	Asertividad laboral	Imagen personal en procesos de selección
	Orientación vocacional	Técnicas de selección de personal
	Jornadas familiares	Ofertas culturales y deportivas
	Apoyo familiar	Primeros auxilios en el ámbito laboral
	EBAE	Coloquios laborales
	Empleabilidad	Salud laboral
	Acciones formativas y prácticas de acceso al empleo	Taller de memoria y atención
	Apoyo al empleo	Taller de fábrica de ideas
	Comité ofertas culturales y deportivas	Aseo e imagen corporal
	Taller de nutrición	Comité laboral

	BAE	
Torrejón de Ardoz	Afrontamiento del estrés	Apoyo familiar al proceso de rehabilitación
	Reducción del estrés	Equilibrio entre ocio y trabajo
	Control de la ansiedad	Visitas a entornos laborales
	Asertividad laboral	Programa de entrevistas
	Taller de entrevistas	Charlas de información y participación social
	EBAE-BAE	Ocio y tiempo libre
	Coloquios de información laboral	Escuela familias
Usera	EHBAE	Programa de iniciación y soporte
	BAE	Habilidades sociales en el contexto laboral
	Coloquios laborales	Programa de búsqueda de recursos para el empleo
	Programa de Desarrollo Aspectos Personales para la Ocupación	
Vallecas	Habilidades de búsqueda de empleo	Programa de fútbol
	EBAE	Grupo "estoy hecho un chef"
	BAE	Tertulia literaria
	Programa de Ocio y tiempo libre	Asertividad laboral
	Grupo familias	Piscina de verano
	Prevención de riesgos laborales	Charla y entrevistas
	Procesos de selección	Inserta-T
	Asamblea de trabajadores	Voluntariado de guitarra
	Informática	Relajación
	Grupo de trabajo	Taller solidario
Vázquez de mella	Intervención en funcionamiento psicosocial	Grupo familias
	Orientación vocacional	Visitas a recursos de empleo y formación
	Conocimiento del mercado laboral	Comité de empresa
	Entrenamiento uso internet para BAE	Apoyo familiar al proceso de rehabilitación
	Taller de entrevistas	Filmocoloquios / Filmoempleo

	EBAE	Taller de nuevas tecnologías
	BAE	Súmate: mes + mes = empleo
	Programa de Ocio y tiempo libre	Grupo familias
	Coloquios de información laboral	Visitas a recursos de empleo y formación
	Afrontamiento laboral	

Fuente. Elaboración propia a partir de Memorias de actividad (2008-2012) de CRL.

En cuanto al número de programas complementarios a la actividad que se realiza en los propios talleres, destaca San Blas con 27 programas, seguido de Vallecas con 20, Vázquez de mella con 19, Getafe con 17, Hortaleza con 16, Fuencarral con 15, Carabanchel, Torrejón de Ardoz y Alcorcón con 14, Fuenlabrada y Retiro con 13, Pedrezuela y Latina con 11 y por último Ventas-Nueva vida y Usera con 7 programas.

Sin embargo, estos datos no guardan una correlación directa con los datos de inserción obtenidos. Por ejemplo, los CRL que ofrecen un mayor número de programas (San Blas, Vallecas, Vázquez de mella y Getafe) tienen unos porcentajes de inserción dispares, desde el 58,9% de Getafe, hasta el 36,6% de Vallecas. Asimismo, los CRL que ofrecen un menor número de programas (Usera y Ventas) presentan porcentajes del 31,5% y del 52,5% respectivamente.

La misma lógica puede ser aplicada en el caso de los talleres.

A continuación ofrecemos un resumen de los programas más repetidos en las programaciones anuales e los diferentes CRL que componen la red de atención de la Comunidad de Madrid:

El programa de **Búsqueda activa de empleo** (BAE) está contemplado en la programación de todos os CRL, excepto de Ventas-Nueva vida.

Programas relacionados con el **ejercicio físico, deporte, fútbol**, etc. aparecen en la programación de Alcorcón, Getafe, San Blas y Vallecas.

Programa de **ocio y tiempo libre** se da en todos los CRL menos en Fuenlabrada, latina y Usera.

El **programa de familias** también aparece de forma masiva en todas las programaciones excepto en Alcorcón, Pedrezuela y Usera.

Orientación vocacional aparece en 9 de los 17 centros, es decir, en todos a excepción de Fuencarral, Latina, Ventas, retiro, Torrejón, Usera y Vallecas.

Coloquios laborales aparece en Carabanchel, Fuencarral, Fuenlabrada, Ventas, Pedrezuela, Retiro, San Blas, Usera y Vázquez de mella.

Los programas de **asertividad laboral y expresión emocional** se dan en Alcorcón, Carabanchel, Fuencarral, Getafe, Hortaleza, ventas, retiro, Torrejón y Vallecas.

Coloquios de información social aparecen en Alcorcón, Carabanchel, Getafe y ventas-Nueva vida.

Informática y nuevas tecnologías es incluido en Carabanchel, Fuencarral, Getafe, Hortaleza, Retiro y Vázquez de mella.

Conocimiento del entorno laboral aparece en Alcorcón, Fuenlabrada, Getafe, Torrejón y Vázquez de mella.

Comité de empresa está programado en los CRL de Fuenlabrada, Hortaleza y Vázquez de mella.

Control de estrés aparece en Ventas, San Blas y Torrejón de Ardoz.

Aparte de estos programas existen otros que son más específicos de un solo centro, estos programas son: **prevención de riesgos laborales** aparece únicamente en Vallecas, **tertulia literaria** aparece en Vallecas, **autoestima** aparece en San Blas, **filmocoloquios** en Vázquez de mella, etc....

Una vez expuestos los programas, a continuación se exponen algunos de los talleres prelaborales que se desarrollan normalmente en un CRL en esta tercera fase de intervención. Recordamos que hemos tomado como ejemplo el CRL de Alcorcón, si bien en las siguientes páginas ofreceremos una tabla explicativa en la que aparecen la totalidad de los talleres y los centros que los han puesto en marcha:

3.2 TALLERES PRELABORALES

3.2.1 TALLER CREATIVA

Diseño, encuadernación y tareas administrativas.

El **Taller Creativa** trata de reproducir un marco de trabajo normalizado. Se diseñan tareas específicas en función de las capacidades, aptitudes y déficits laborales de las personas, con lo que el trabajador adquirirá paulatinamente los hábitos y habilidades propias del desempeño laboral.

La tarea que la establece el jefe de taller, ha de ser, moderadamente interesante, ajustada a las necesidades y posibilidades de la persona, debe admitir un aumento del grado de complejidad y puede ser susceptible de desarrollarse individualmente o en grupo.

El Taller Creativa podría dividirse en tres bloques, dependiendo de su actividad:

- **Tareas administrativas:** maquetación de documentos en Word, realización de plantillas en Excel y presentaciones en Power Point.
- **Diseño Gráfico:** realización de carteles, señalética del centro, diseño de portadas para agendas, tarjetas de felicitación, diseño de dípticos, trípticos y carteles de diferentes eventos, para lo que se utilizarán herramientas informáticas como Photoshop, Corel Draw, Ilustrador o Freehand, en función de los conocimientos de la persona.
- **Encuadernación:** realización de cubiletes, carpetas, álbumes, cajetines para trípticos, cajas, encuadernación en espiral, fotocopiado y plastificado de documentos.
- **Búsqueda de Información en Internet:** Boletín de Ocio y búsqueda de imágenes para diferentes trabajos.

OTROS

- DISEÑO Y MAQUETACIÓN DE MEMORIAS ANUALES DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN ALCORCÓN
- DISEÑO IMAGEN II JORNADAS DE JEFES DE TALLER.

- PARTICIPACION EN EL COMITÉ ORGANIZADOR DE LAS II JORNADAS DE JEFES DE TALLER DE CRL.
- DISEÑO DE IMAGEN DE LA VII JORNADA ANUAL DE LA FUNDACIÓN MANANTIAL.
- DISEÑO DE IMAGEN DE LA SEMANA DE LA DISCAPACIDAD.
- PEDIDO EXTERNO DE LA CONCEJALÍA DE SERVICIOS SOCIALES > DIFUSIÓN DE IMAGEN DE LA SEMANA DE LA DISCAPACIDAD EN ALCORCÓN.

3.2.2 TALLER MOLA

Madera, oficios y labores aplicadas.

Las características de los destinatarios exigen, como factor de motivación, que en todos los casos las personas vean en el taller el producto de su trabajo y la utilidad del mismo. Con este fin, los contenidos del taller y las labores desarrolladas, se orientan a la consecución de un producto final útil.

Partiendo de los intereses de las propias personas, ponemos a su disposición los recursos necesarios para que su participación en el programa les prepare de la manera más real posible para su trabajo. Este principio exige que las tareas se realicen con un grado de exigencia y de atención, y aproximándose en lo posible a las situaciones de trabajo típicas en que se desenvuelve normalmente cualquier trabajador.

Teniendo en cuenta el carácter multidisciplinar del taller y las labores demandadas hacen que el mismo pueda cubrir aspectos muy amplios, tales como por ejemplo:

Mantenimiento, transformación y colocación de diversos elementos en los recursos del centro

- Transformación del mobiliario para la idónea adaptación de los espacios.
- Tareas de mantenimiento, colocación y elaboración de accesorios según las necesidades de los recursos.

Labores de limpieza y reciclaje.

El centro cuenta con papeleras y contenedores de reciclaje, algunos de los cuales han sido realizados por personas-trabajadores del taller, los cuales se hacen cargo de su recogida de manera selectiva, formando así parte activa de la cultura del reciclaje.

Remodelación del patio común exterior.

Montaje de pérgolas, restauración de mobiliario urbano, elaboración de muro de contención adaptándolo como jardinera, elaboración y colocación de contenedores de residuos de reciclaje, ceniceros, restauración del camino de pizarra de acceso a las instalaciones.

Estas labores por su variedad y su grado de complejidad hacen que se tengan en cuenta aspectos centrados en la visión espacial, cálculo elemental, el grado de concentración, atención y perfección.

Zona de paso acristalada

Elaboración de jardineras dobles y sencillas, pies de maceta, papeleras y restauración de mobiliario urbano. La adaptación en zona de paso y de descanso, ahora es de uso común, lo que implica a las personas-trabajadores en la transformación óptima del espacio, dándoles sentido de pertenencia.

Elaboración de material de ocio y deportivo

Construcción de varios juegos de práctica al aire libre. Palas de goba, soportes para practicar juegos con red, palo de lluvia.

Tareas varias

Construcción de un calendario perpetuo, carpetas de tres tamaños, esculturas conmemorativas, estanterías creativas.

Estas actividades se realizan individual o colectivamente según los objetivos que se pretendan lograr utilizando un seguimiento individualizado y flexible, es decir, que adapte los contenidos a las necesidades, características y capacidades de cada uno de las personas, ajustando la tarea en función de los objetivos que se valoran por el equipo multiprofesional en el PIR-L.

3.2.3 TALLER JARDINERIA

El taller de jardinería del CRL Alcorcón reproduce un entorno laboral normalizado en el que se realizan tareas propias de ajardinamiento y mantenimiento de las zonas comunes exteriores al centro y a la vez se ajustan a las necesidades y posibilidades de cada trabajador en función del momento en el que se encuentren dentro de su proceso de rehabilitación laboral. No obstante, se intentan realizar trabajos de jardinería en espacios verdes pertenecientes a la Concejalía específica del Ayuntamiento en cuestión.

Las tareas que se han realizado desde el taller durante el transcurso del año han sido:

Mantenimiento de zonas ajardinadas

Las labores de mantenimiento realizadas han consistido en:

- Limpiar: barrer, cambiar papeleras y sanecanes, etc.
- Regar.
- Segar las praderas.
- Reponer plantas.
- Abonar.
- Podar.
- Plantar flor de temporada y bulbos.
- Eliminar malas hierbas.
- Perfilar praderas.
- Airear macizos.

Limpieza

Ésta se refiere a la limpieza habitual que requiere el mantenimiento de las zonas comunes exteriores al Centro de Rehabilitación. Es una tarea que generalmente se realiza de forma individual y no requiere demasiada habilidad debido a su sencillez.

Plantación

Este es uno de los trabajos que mayor grado de perfección exige, para asegurar la supervivencia de la planta. Se ponen de manifiesto, especialmente, aspectos cognitivos y centrados en la tarea.

Producción vegetal

Esta tarea se ha visto este año fomentada por la instalación de un invernadero en la parte trasera del centro que reúne las condiciones óptimas para llevar a cabo la producción vegetal, tanto por semilla como por esquejes. Para este trabajo no se requiere esfuerzo físico pero al ser un trabajo fino exige atención, concentración y habilidad manipulativa.

Abonado

Mantillar la pradera ha requerido un esfuerzo físico importante así como una gran resistencia a la monotonía.

Huerto

Se ha buscado un terreno con las condiciones más óptimas posibles para la realización de un huerto. Desde la ubicación del mismo hasta la recogida de hortalizas se han pasado por las distintas etapas en las que se han trabajado aspectos variados. La ubicación de la parcela y el planteamiento organizativo ha requerido poner de manifiesto aspectos cognitivos. Posteriormente la preparación del terreno requirió de un esfuerzo físico importante y la utilización de maquinaria. Finalmente se llevó a cabo la plantación de hortalizas y posterior cuidado y recolección, lo que ha requerido de una constante atención diaria por parte de los trabajadores.

Desbroce

Esta tarea ha sido necesaria en la parte posterior del aparcamiento del Centro de Salud Mental. Es una zona que aún no está ajardinada, por lo que en primavera hay que llevar a cabo el desbroce de malas hierbas para poder acceder a ella. Para ello se utiliza la desbrozadora, una máquina cuyo uso requiere de resistencia física y mucha atención y concentración.

En este caso hemos expuesto la totalidad de talleres del CRL ubicado en el municipio de Alcorcón, en otros CRL la temática es diferente. En cuanto a los talleres podemos comprobar en la tabla siguiente la composición de los mismos según CRL. Como podemos observar, cada centro analiza las características de sus personas, así como el empleo que se crea en la zona (municipio o distrito) donde se ubica, de esta forma identifica las salidas profesionales que pudieran ofrecerles los talleres, así como los programas complementarios a los mismos.

TALLERES PRE-LABORALES REALIZADOS EN CRL (2008-2012)

CRL	TALLERES
Alcorcón	Taller creActiva Taller MOLA (Madera, Oficios y Labores Aplicadas) Taller Jardinería
Carabanchel	Taller administración y oficina (TAO) Taller Viverismo, horticultura y jardinería Taller de oficios múltiples (TOM)
Fuencarral	Taller de oficina Taller de restauración Taller de electrónica Taller de fotografía, diseño e imagen Taller de oficios
Fuenlabrada	Taller documentación y manipulados (TAM) Taller Nuevas tecnologías Taller de oficios múltiples (TOM)
Getafe	Taller áreas administ, gráfica, comercial y manipulativa (AGCM) Taller carpintería y oficios Taller de jardinería y varios
Hortaleza	Taller de Orientación Laboral para Puestos Administrativos. (TOLPA) Taller de Oficios múltiples Taller de jardinería
Latina	Área administrativa y atención al cliente Oficios generales, logística y servicios generales Nuevas tecnologías de la información y la comunicación
Ventas-Nueva Vida	Taller múltiple Taller de Oficios / Taller de reciclado
Pedrezuela	Taller de restauración y carpintería Taller de jardinería Taller agropecuario Taller de nuevas tecnologías / sistemas informáticos
Retiro	Taller SERMAN (Servicios de mantenimiento, limpieza, lavandería) Taller LA RETAMA (Restauración, tapizado, madera y manipulados) Taller IMEDIA (Administración)
San Blas	Taller de Orientación Laboral para Puestos Administrativos. (TOLPA) Taller de creación y diseño Taller de entrenamiento y orientación laboral Taller de empleos diversos y decoración de interiores
Torrejón de Ardoz	Taller de nuevas tecnologías Taller de Oficios múltiples (TOM) Taller de horticultura y jardinería (HOJA)
Usera	Taller de Diseño gráfico Taller de administración y servicios auxiliares de oficinas Taller de limpieza Taller de alfabetización informática

	Taller de gestión de banco de ropa
Vallecas	Taller de administración "Menni.com" Taller "del color" (serigrafía y papel reciclado) Taller de limpieza Taller de oficios "del olivo" Taller jardín
Vázquez de mella	Taller de Orientación Laboral para Puestos Administrativos. (TOLPA) Taller de Oficios múltiples Taller de jardinería
Villaverde	Taller de Orientación Laboral para Puestos Administrativos. (TOLPA) Taller de Oficios múltiples Taller de jardinería

Fuente. Elaboración propia a partir de Memorias de actividad (2008-2012) de CRL.

En cuanto al número de talleres ofertados, Fuencarral, Usera y Vallecas son los centros que más abanico ofrecen, ya que disponen de 5 talleres diferentes, Pedrezuela y San Blas ofertan 4 talleres, el resto de CRL ofrecen 3 talleres diferentes, excepto Ventas-Nueva Vida que es el centro que menos ofrece, con tan sólo 2 talleres.

En todas las programaciones de los 16 CRL analizados se encuentran los talleres dedicados a los **oficios**, excepto en los centros de pedrezuela, Retiro, San Blas y Usera.

Los talleres de **jardinería** aparecen en 9 de los 16 centros, a excepción de Fuencarral, Fuenlabrada, latina, Ventas, Retiro, San Blas y Usera.

En cuanto a los talleres relacionados con **administración**, éstos están incluidos en otros 9 de los 16 centros: Carabanchel, Fuencarral, Latina, Getafe, Retiro, San Blas, Usera, Vallecas y Vázquez de mella.

Taller de **electrónica** únicamente hay en Fuencarral.

Por su parte el taller de **fotografía, diseño e imagen** lo ofrecen Fuencarral y Usera.

Fuenlabrada es el único centro que ofrece taller de **Documentación y manipulados**.

El taller de **nuevas tecnologías** es impartido en los centros de Alcorcón, Fuenlabrada, Latina, pedrezuela y Torrejón de Ardoz.

Los centros de Getafe, Alcorcón y Pedrezuela son los 3 únicos que ofrecen taller de **carpintería** a sus personas.

Ventas-Nueva vida es el único que ofrece un taller de **reciclado** y Pedrezuela de **agropecuario**, San Blas de **decoración de interiores**, Vallecas de **serigrafía**.

3.3 OTRAS ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS DE REHABILITACIÓN:

Además de los talleres prelaborales y de los programas de rehabilitación, en los CRL se desarrollan otras actividades complementarias de rehabilitación, por ejemplo en el CRL de Alcorcón se constituyó un Comité de Trabajadores del CRL, como órgano de participación de las personas en el funcionamiento del centro, su principal función era la de emular el funcionamiento de un Comité de Empresa y es un instrumento a través del cual las personas pueden realizar peticiones que son escuchadas por la Dirección del CRL y que deben ser contestadas.

El Comité está constituido por tres representantes de los trabajadores del CRL, uno por cada taller prelaboral y, junto con ellos, un sustituto para evitar situaciones de vacío.

Cada dos meses, estaba prevista una “Asamblea de Trabajadores” en la que asistirán todos los profesionales del CRL y todas las personas del centro. En dicha reunión, los profesionales del centro informaban de cambios, nuevos programas o del calendario que pretenden llevar a cabo durante las semanas siguientes. Por su parte, las personas planteaban sugerencias para hacer cambios en el funcionamiento del CRL. Tras la Asamblea de Trabajadores, las propuestas que hayan realizado las personas, son estudiadas por el equipo de profesionales y la Directora del recurso contestará si son aceptadas, o no, y de los motivos de su decisión a los tres representantes en su despacho una semana después. Posteriormente, los Representantes informarán al resto de personas del CRL las decisiones del equipo de profesionales.

Aparte del comité de trabajadores, en el CRL se desarrollan otras actividades de carácter puntual, como por ejemplo: realización de un graffiti, participación en la semana de la discapacidad (jornadas de puertas abiertas, realización de un taller de fotografía, elaboración del logo de la semana de la discapacidad, distribución de folletos informativos, montaje y presentación de un stand, ponencia de una usuaria sobre “la enfermedad mental: una experiencia personal”), día mundial de la salud mental, actividades de navidad, etc.

3.4 ATENCIONES INDIVIDUALES

Otro bloque de atención de servicios prestados en los CRL, aparte de los programas de rehabilitación, de los talleres prelaborales y de las actividades complementarias, son las atenciones individuales que prestan los diferentes profesionales que componen el equipo de trabajo:

INTERVENCIONES DE LA PSICÓLOGA

La intervención fundamentalmente ha ido dirigida hacia:

- ***Consensuar y pactar con la persona los objetivos marcados en su PIR-L.***

La psicóloga ha estado acompañada de otro profesional del equipo, en la mayoría de las ocasiones ha sido un jefe del taller, para transmitir al persona, con ejemplos de los propios talleres prelaborales o de su funcionamiento general en el centro, aquello que se ha detectado en la evaluación que hay que mejorar o trabajar más detenidamente para posibilitar un adecuado proceso de rehabilitación laboral.

- ***Intervenciones clínico laborales individuales.***

Ha sido necesario realizarlo en aquellos casos en los que se ha detectado falta de adherencia y vinculación al proceso (abandono y no asistencia al taller prelaboral de forma continuada); afrontamiento y manejo de situaciones ansiedad y estrés y en momentos de contención por descompensación psicopatológica (aparición de sintomatología).

- ***Entrenamiento individual en habilidades asertivas y de comunicación***
- ***Psicoeducación: Conocimiento y conciencia de enfermedad***
- ***Autoestima y autoconcepto***
- ***Intervenciones con la familia***

INTERVENCIONES DEL TAIL (Técnico de apoyo a la inserción laboral)

Las intervenciones del TAIL se han centrado en las siguientes áreas:

- Análisis de propuestas de formación y orientación sobre su aceptación o rechazo.

- Apoyo en la búsqueda de formación o en la realización de trámites relacionados con cursos formativos.
- Asesoramiento o apoyo en la realización de gestiones legales, del certificado de minusvalía, pensiones, prestaciones o ayudas públicas, darse de alta (o renovar) como demandante de empleo, afiliarse a la Seguridad Social, etc.
- Seguimientos formativos.

INTERVENCIONES DE LA PREPARADORA LABORAL

Las intervenciones realizadas por la PL han sido las siguientes:

- Apoyo en talleres
- Seguimiento en talleres
- Seguimientos laborales, prácticas, o talleres de empleo (tanto telefónicos como presenciales)
- Apoyo en trámites de matriculación de cursos
- Análisis de puestos

INTERVENCIONES DE LA TERAPEUTA OCUPACIONAL

La intervención de la terapeuta ocupacional se ha centrado en:

- Colaboración en el establecimiento del PIRL
- Elaboración e implementación de la intervención en orientación Vocacional
- Elaboración e implementación del área de Entrenamiento en Búsqueda de Empleo
- Seguimiento de los procesos de selección de las personas
- Colaboración en el diseño de algunas tareas de los talleres Preelabóres
- Coordinación con otros profesionales dentro del equipo multidisciplinar
- Coordinación externa con otros profesionales y recursos necesarios
- Apoyo en coordinación con CSM en los procesos de derivación y seguimiento.

4. FASE DE SEGUIMIENTO Y ALTA

Tal y como se indica en los pliegos de prescripciones técnicas que rigen los contratos de servicios acerca de esta fase:

—Tras el proceso de intervención y entrenamiento en rehabilitación profesional-laboral muchos de los sujetos podrán estar en condiciones de desempeñar actividades laborales productivas de un modo más o menos normalizado. El CRL desde su ámbito de actuación concreto, desarrollará una labor dinámica que maximice las oportunidades de inserción laboral de los usuarios que tras pasar un proceso activo y estructurado de rehabilitación profesional-laboral estén en condiciones de implicarse en actividades laborales.

Así pues, el CRL basándose, cuando sea posible, en una metodología de “empleo con apoyo”, ofrecerá apoyo y supervisión a los usuarios que hayan podido integrarse en alguna opción laboral con el fin de facilitar su adaptación al puesto de trabajo y ayudar a manejar los diferentes problemas que se planteen. Realizará, también, un seguimiento periódico de los usuarios a fin de valorar el mantenimiento de los logros obtenidos tras el proceso de rehabilitación y contribuir a solventar los problemas y dificultades que aparezcan. Como apoyo a los procesos de apoyo a la inserción laboral contarán con la figura del preparador laboral como elemento específico para el desarrollo de esta tarea y para la organización de procesos de inserción y mantenimiento en el puesto de trabajo basado en el modelo de “empleo con apoyo”. Esta labor de seguimiento no se circunscribirá sólo a los que se integren en algún trabajo, sino también a aquellos que no hayan podido hacerlo, de modo que les permita mantener lo conseguido y ofrecerles ayuda continuada en la tarea de buscar alguna oportunidad laboral que se ajuste a sus posibilidades”

Una vez expuestas las características principales de los CRL y las diferentes fases que componen el itinerario, a través de un ejemplo práctico como puede ser el utilizado en el CRL de Alcorcón, a continuación se exponen los resultados del análisis cuantitativo realizado sobre las memorias de actividad de los 16 Centros que han operado en la Comunidad de Madrid en el periodo 2008-2012.

6.3.2 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

INTRODUCCIÓN

Dado que el propósito de esta TESIS DOCTORAL es analizar el comportamiento de este recurso en la época de crisis económica (2008-2012), se han recogido datos de los diferentes CRL que se encontraban en activo en este periodo, así únicamente 16 de los 20 que existen en la actualidad, ya desarrollaban su actividad en 2008. En base a los datos aportados por estos 16 centros, a continuación se ofrece información de las variables más relevantes que explican el comportamiento de las personas en este recurso. Se han agrupado todas las variables analizadas en 3 grandes bloques: datos sociodemográficos, datos clínico-psiquiátricos y resultados del proceso de rehabilitación laboral. Para ello se ha procedido a la grabación de datos en hojas de cálculo del programa Excel y su posterior explotación de todas las memorias de actividad de estos 16 centros en los ejercicios 2008, 2009, 2010, 2011 y 2012.

ANÁLISIS DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE PERSONAS EN INTERVENCIÓN

Las variables analizadas en este apartado son: Sexo, edad, estado civil, personas con hijos, situación laboral, experiencia laboral, ingresos económicos propios, procedencia de esos ingresos, tipo de convivencia, declaración de discapacidad y nivel educativo.

ANÁLISIS DE DATOS CLÍNICO-PSIQUIÁTRICOS DE PERSONAS EN INTERVENCIÓN

Las variables analizadas en este apartado son: diagnóstico principal, existencia de diagnóstico asociado, tiempo de evolución, existencia de otras enfermedades y otros problemas asociados.

ANÁLISIS DE DATOS DEL RESULTADO DEL PROCESO DE REHABILITACIÓN LABORAL DE PERSONAS EN INTERVENCIÓN

Las variables analizadas en este apartado son: fases en el proceso de rehabilitación, evaluación e intervención de los diferentes profesionales que componen el equipo multiprofesional, intervención según talleres, intervención según programas y personas

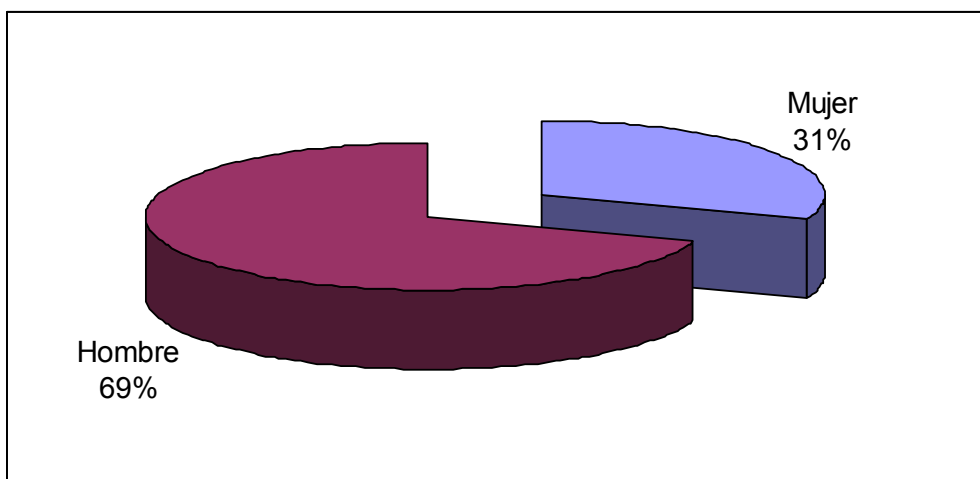
insertados laboralmente según: sexo, tipo de empresa, sector, tipo de contrato, tipo de jornada, total contratos, ocupaciones desempeñadas, formación para el empleo y resultados de encuesta satisfacción.

ANÁLISIS DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

1. VARIABLES SEXO Y EDAD:

En el periodo 2008-2012, **las mujeres representan, de media, el 30,57% del total de personas de los CRL.**

GRÁFICO 1: DISTRIBUCIÓN PERSONAS ATENDIDAS SEGÚN GÉNERO



Como podemos observar en la tabla anterior, los CRL de Ventas, Usera, San Blas y Villaverde ofrecen puntuaciones muy superiores a la media, mientras que Pedrezuela, Retiro, Hortaleza, Getafe y Alcorcón presentan puntuaciones inferiores a la media. Con lo que posiblemente la renta per cápita de los hogares haga que en aquellos barrios de nivel económico medio-bajo presenten cifras de incorporación femenina a este recurso mucho mayores. Estas altas cifras de incorporación femenina no se han acentuado en el periodo de crisis, ya que solamente en el barrio de Usera se produce un importante crecimiento del peso porcentual en el periodo 2008-2012, caso en el que la mujer pasa de un 29% en 2008 al 49% en 2012, en Ventas también ocurre pero en mucha menor medida, pasando del 36% en 2008 al 40% en 2012 con lo que podríamos atisbar que la crisis obliga a una mayor búsqueda de empleo.

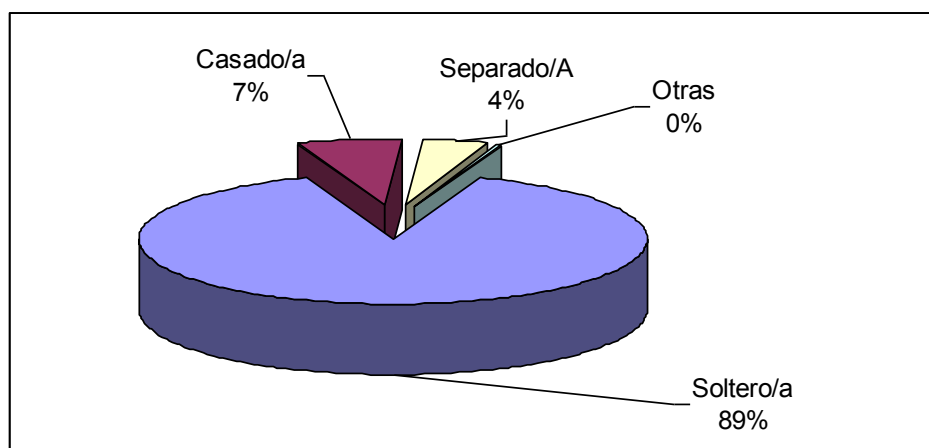
Analizando el incremento porcentual del peso femenino sobre el total de personas de este recurso, en el periodo 2008-2012 podemos ver como Usera, Vázquez de Mella y Latina es donde más crece la presencia femenina, por el contrario en Carabanchel, Fuenlabrada, Villaverde y Getafe, la presencia de las mujeres decrece en dicho periodo, en los otros 12 CRL hay más mujeres en 2012 que había en 2008.

Respecto al total de personas, de los 16 CRL analizados, únicamente en el caso de Torrejón de Ardoz el número de personas decrece en el periodo, y lo hace en poco más de un 7%. Los varones crecen en todos los centros a excepción de Torrejón y Hortaleza

En cuanto a la variable edad, **la mayoría de las personas están incluidos en los grupos de edad de entre 30 y 50 años**, destacando la presencia de edades más tempranas, 25-29 años en los CRL de Fuenlabrada, Hortaleza y Torrejón. No es significativa en ningún caso la presencia de mayores de 50 años entre los diferentes centros.

2. **VARIABLE ESTADO CIVIL:** Como podemos observar en la tabla referida a la variable de estado civil, las **personas solteras representan el mayor porcentaje (89,03%)**, siendo las personas de los CRL de Retiro, Hortaleza y Pedrezuela quienes presentan puntuaciones superiores a la media, mientras que Latina, San Blas y Villaverde sostienen porcentajes inferiores.

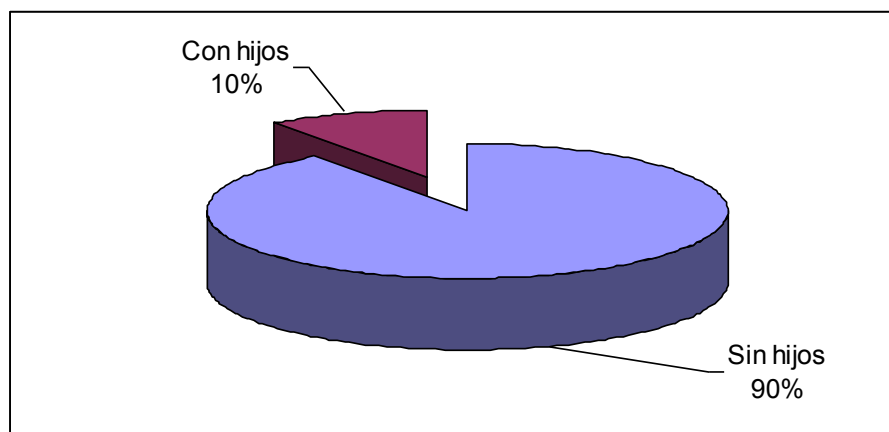
GRÁFICO 2: DISTRIBUCIÓN PERSONAS ATENDIDAS SEGÚN ESTADO CIVIL



Destacamos el hecho de que en San Blas y Latina el porcentaje de separados es superior al 10%, siendo la media de esta categoría del 6,58%. Asimismo, los CRL de Latina (7,45%), San Blas (7,25%) y Villaverde (11,01%) presentan puntuaciones superiores a la media en cuanto a personas casadas, siendo ésta del 4,08%.

3. **VARIABLE PERSONAS CON HIJOS:** El 89,88% de las personas **no tiene hijos**. Villaverde (17,92%), Vallecas (15,76%) y San Blas (15,41%) superan con creces la media de personas que tienen hijos (10,94%). Por el contrario Pedrezuela (5,81%), Retiro (3,75%) y Hortaleza (3,13%) presentan porcentajes muy por debajo de la media. Una vez más comprobamos como la influencia socioeconómica de los barrios está presente en esta variable, ya que las zonas con nivel socioeconómico medio-bajo presentan mayor número de hijos, lo que supone un añadido para que estas personas tengan necesidad de trabajar.

GRÁFICO 3: DISTRIBUCIÓN PERSONAS ATENDIDAS SEGÚN DESCENDENCIA

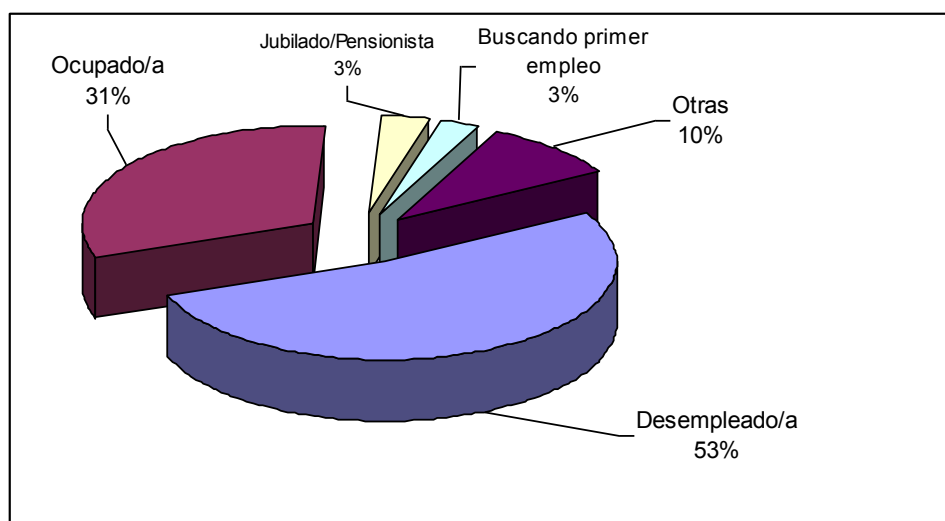


4. **VARIABLE SITUACIÓN LABORAL:** De media, un 31,33% de las personas se encuentra en **situación laboral de ocupación** (es decir, trabajando). Respecto a esta media, existen CRL, como Fuenlabrada (14,41%), Usera (15,57%) y Vallecas (18,29%) en donde trabajan menos del 20%. Sin embargo, en los CRL de Getafe (40,46%), Ventas (52,29%) y Pedrezuela (61,16%) las cifras son muy superiores a la media.

Por su parte, la media de personas desempleadas es de un 52,80%, sin embargo Usera (75,82%), Fuenlabrada (74,41%), Villaverde (65,41%) y San Blas (63,44%) superan ampliamente esta cifra.

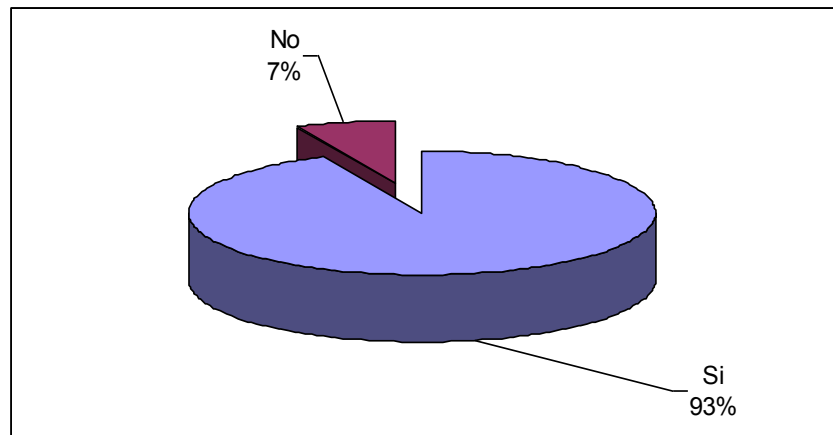
Es significativo ese 18,06% de personas de Ventas que declaran ser estudiantes, sobre todo si consideramos los grupos de edad de los jóvenes, ya que los datos de este distrito en cuanto a sus intervalos de edad de menores de 20, de 20-24 y de 25-29 no arrojan nada significativo. Asimismo, la situación de jubilado/pensionista, situaciones en las que es compatible el cobro de una pensión con una ocupación, es significativo en Torrejón (8,90%), Getafe (7,22%) y Hortaleza (6,56%).

GRÁFICO 4: DISTRIBUCIÓN PERSONAS ATENDIDAS SEGÚN SITUACIÓN LABORAL



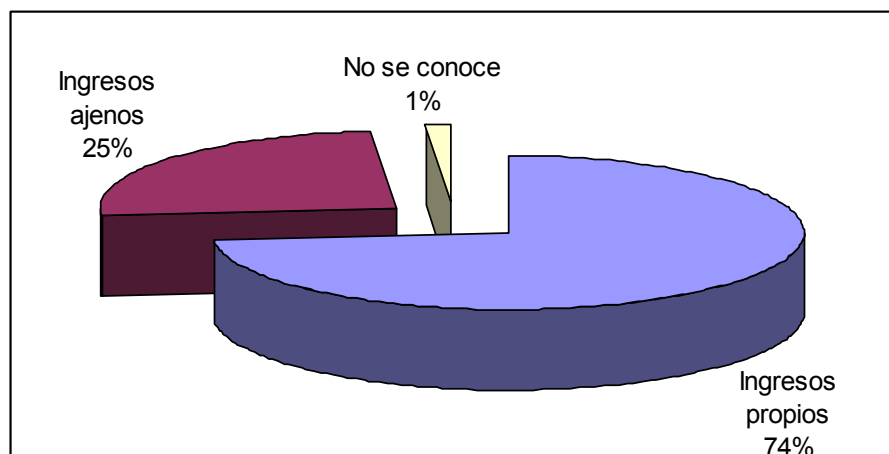
4. **VARIABLE EXPERIENCIA LABORAL:** El 93,11% de las personas usuarias de los CRL declaran **tener alguna experiencia laboral**. Los porcentajes más bajos se dan en Vallecas (con el 86,36%), Latina (86,83%), Ventas (87,33%) y Getafe (88,92%). El distrito de Latina, con un 13,17% es el que registra un mayor porcentaje de personas sin experiencia laboral previa.

GRÁFICO 5: DISTRIBUCIÓN PERSONAS ATENDIDAS SEGÚN EXPERIENCIA LABORAL



5. **VARIABLE INGRESOS ECONÓMICOS PROPIOS:** El 73,41% de las personas usuarias de los 16 CRL analizados poseen **ingresos económicos propios**, como veremos en el siguiente apartado, dichos ingresos proceden de pensiones (sobre todo no contributivas), Renta Mínima de Inserción (RMI), debido al salario procedente de sus empleos, orfandad, hijo a cargo y otros.

GRÁFICO 6: DISTRIBUCIÓN PERSONAS ATENDIDAS SEGÚN RECURSOS ECONÓMICOS



Una vez más el distrito de Latina (como ya ocurriera en el caso de la experiencia laboral, es el segundo con valores más bajos de todos los CRL analizados), con un 36,17% es el que presenta un mayor porcentaje de personas sin ingresos económicos propios, aún así es donde más se ha incrementado el número de personas con ingresos

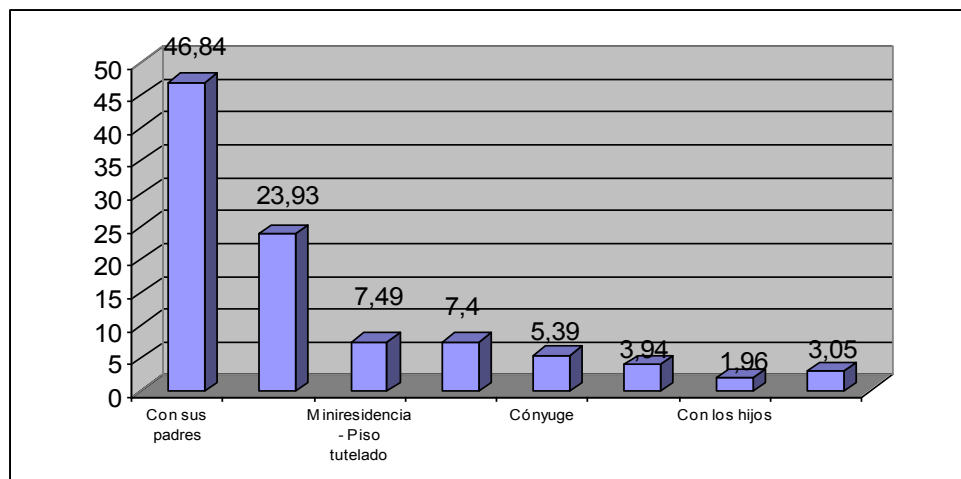
propios (más de un 122% en el periodo 2008-2012). Por el contrario, el distrito de Vallecas, con un 80,61% es el que presenta el dato más alto de personas con ingresos propios, seguido de Ventas (79,25%), Pedrezuela (77,37%) y Hortaleza (77,19%). En Usera y Vázquez de Mella crece de manera exponencial las personas con ingresos económicos propios, pero también lo hace su población.

7. VARIABLE PROCEDENCIA INGRESOS ECONÓMICOS PROPIOS: En la mayoría de los CRL los ingresos económicos propios proceden del salario recibido por el trabajo que estas personas desempeñan. Esto ocurre en 10 de los 16 centros; Carabanchel, Fuencarral, Getafe, Ventas, Pedrezuela, Retiro, San Blas, Torrejón, Vázquez de Mella y Villaverde. Posteriormente se encuentran las personas con pensiones no contributivas (4 de 16): Fuenlabrada, Latina, Vallecas y Usera. En tercera posición se encuentra los ingresos por hijo a cargo (en 2 de los 16 centros analizados): Alcorcón y Hortaleza.

En este caso, vemos como no existe correlación significativa entre la procedencia de los ingresos y la ubicación física del centro en relación a los índices de inserción laboral, dándose una mezcla en todos los casos.

8. VARIABLE TIPO DE CONVIVENCIA: De media, en el 46,84% de los casos las personas de los CRL admiten **vivir con sus padres**, dándose en mayor porcentaje en todos los casos en esta categoría.

GRÁFICO 7: DISTRIBUCIÓN PERSONAS ATENDIDAS SEGÚN TIPO DE CONVIVENCIA



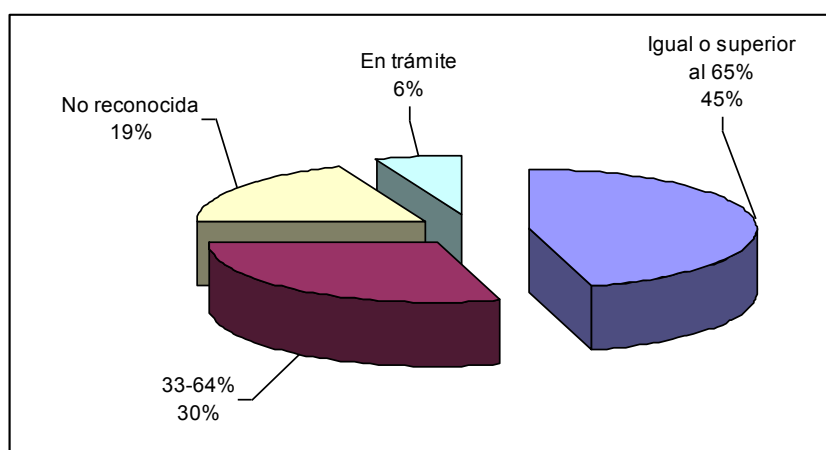
El segundo ítem en importancia es el caso de la categoría de respuesta “padre o madre”, en el caso de padres separados o por viudedad (23,93%)

El porcentaje, de media, de personas que viven en mini-residencia o pisos tutelados es del 7,49%. El porcentaje de media, de aquellas personas que viven solas es del 7,40%. El porcentaje, de media, de personas que viven con su cónyuge es del 5,39%. El porcentaje, de media, de personas que viven con otros familiares es del 3,94%. El porcentaje, de media, de personas que viven con los hijos es inferior al 2%. El 3% restante se reparte entre las categorías “Otros” o “No se conoce”.

Robert Castel explica que “numerosos estudios demuestran que las rupturas del tejido familiar suponen una disminución de los recursos de la familia, de ello no se puede concluir que le precipiten sistemáticamente en la precariedad económica” (Castel, 1995: 419).

9. VARIABLE DECLARACIÓN DISCAPACIDAD: De media, el 45,43% de las personas tienen una **discapacidad del 65% o superior** (destacando en este grupo los porcentajes de Alcorcón y Vallecas, siendo del 57,78% y del 59,09% respectivamente), el 29,54% tiene un grado de discapacidad comprendido entre el 33 y el 64% (destacando en este grupo los porcentajes de Ventas y Torrejón de Ardoz, siendo del 47,44% y del 45,40% respectivamente), y un 18,91% no tiene reconocida discapacidad alguna (destacando en este grupo los porcentajes de Vázquez de Mella y Latina, siendo del 30,70% y del 30,14% respectivamente). El 6,12% restante o no se conoce discapacidad alguna o se encuentra actualmente en trámite de conseguirla.

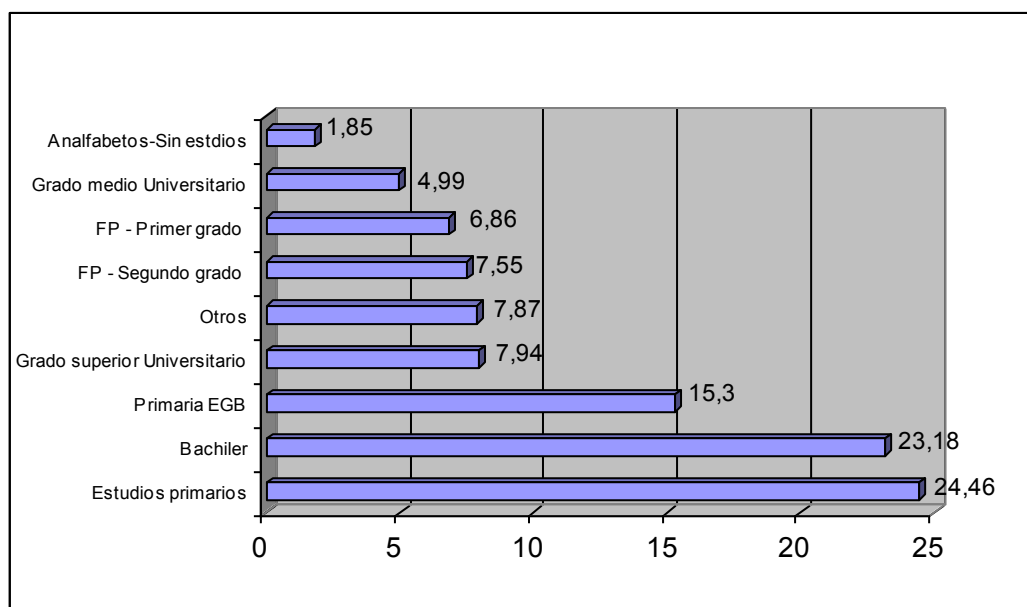
GRÁFICO 8: DISTRIBUCIÓN PERSONAS ATENDIDAS SEGÚN DECLARACIÓN DISCAPACIDAD



10. VARIABLE NIVEL EDUCATIVO: De media, el 24,46% de las personas posee **nivel de estudios primarios**, EGB hasta 2ª etapa (dándose las mayores puntuaciones en Alcorcón, Fuenlabrada, Torrejón de Ardoz y las menores en Hortaleza, Latina, Ventas, Pedrezuela y Vázquez de Mella), mientras que el porcentaje de aquellos que poseen certificado de estudios primarios o EGB-1ª etapa asciende al 15,30%. La segunda categoría de respuesta con mayor peso porcentual es la de los que poseen **Bachiller, BUP, COU** con el 23,18% (Nuevamente dándose las mayores puntuaciones en los distritos de Hortaleza, Latina y Ventas).

El porcentaje de analfabetos o sin estudios es prácticamente inexistente en todos los CRL analizados (inferior al 2%). El 6,86% posee estudios de FP-primer grado, mientras que el 7,55% los posee de FP-segundo grado. El 4,99% posee Diplomatura o grado medio universitario mientras que el 7,94% tiene estudios de grado superior universitario.

GRÁFICO 9: DISTRIBUCIÓN PERSONAS ATENDIDAS SEGÚN NIVEL ACADÉMICO



Según datos de la base “El Empleo de las personas con discapacidad” elaborados por el Instituto Nacional de Estadística en el periodo 2008-2012, el grupo de personas con enfermedad mental es el que posee un mayor porcentaje de personas con estudios

superiores respecto del total de personas con discapacidad (un 14,5% del total de personas con enfermedad mental), sólo superado por el grupo de personas con discapacidad física (17,2%).

Robert Castel señala que “de la baja cualificación derivan los mayores contingentes de desempleados. Se está elevando el nivel de cualificación de los desempleados. Es ilusorio decir que los no-empleados podrán encontrar empleo simplemente elevando su nivel. Esto supone un problema nuevo y grave: la posible inempleabilidad de los cualificados” (Castel, 1995: 409), cuestión que debemos tener presente para adaptar el mercado de trabajo a este y otros colectivos que pueden incorporarse al mismo con ciertas garantías de éxito.

Sin embargo, habría que definir cuáles son las características de ese grupo al que Castel denomina “cualificados”, ya que en contradicción con sus ideas, si nos fijamos en las estadísticas según niveles de educación y grupos de edad y género (ver tabla adjunta), publicadas por el INE con datos armonizados para la UE-28 correspondientes a 2012 podemos encontrar que la media de paro en UE-28 es menor a medida que avanzamos en los grupos de edad en todos los niveles educativos, tanto en el caso de los hombres como de las mujeres.

TABLA 9

Tasa de paro según niveles de educación y grupos de edad en la UE. 2012 (%)

	Preescolar, primaria y secundaria 1ª etapa (nivel 0-2)				Secundaria 2ª etapa, post-secundaria no superior (nivel 3-4)				Primer y segundo ciclo de educación superior (nivel 5-6)			
	15-24	25-49	50-59	60-64	15-24	25-49	50-59	60-64	15-24	25-49	50-59	60-64
Mujeres												
UE 28	30,1	20,2	12,2	7,7	19,9	9,7	6,6	5,5	18,0	6,8	3,4	3,5
Bélgica	31,1	15,7	8,2	..	17,2	8,6	4,3	..	14,0	3,4	2,9	..
Bulgaria	40,4	29,6	23,1	..	25,7	9,4	8,5	..	..	5,7	4,1	..
República Checa	45,0	31,8	17,1	..	17,4	7,6	6,5	3,8	10,6	3,6	1,8	..
Dinamarca	16,0	10,6	8,0	..	10,9	6,8	6,0	..	..	5,3	4,4	..
Alemania	11,6	13,2	8,4	8,0	5,3	4,7	5,5	6,2	4,0	2,6	2,3	3,8
Estonia	33,7	23,0	..	..	16,5	10,8	9,1	..	..	6,5	6,6	..
Irlanda	41,2	19,6	9,7	..	24,7	13,5	7,5	..	15,3	6,6	5,7	..
Grecia	58,5	33,3	22,4	8,2	66,3	31,1	20,1	20,0	59,1	22,4	6,5	..
España*	61,6	35,4	27,0	19,6	47,0	25,3	17,1	13,0	40,8	16,6	9,2	6,1
Francia	39,3	18,5	10,0	4,9	22,8	10,0	6,4	9,1	14,4	5,5	3,5	5,2
Croacia	67,8	20,9	13,9	..	42,1	16,7	12,6	..	52,4	11,0	5,4	..
Italia	43,9	17,2	8,7	5,5	35,3	10,7	4,3	2,0	36,6	8,7	2,1	..
Chipre	..	9,5	9,7	..	21,8	10,7	8,2	..	31,6	9,7	5,8	..
Letonia	56,0	35,3	..	..	29,3	17,4	16,0	..	..	4,8	8,7	..
Lituania	..	33,2	..	..	22,9	15,7	17,0	..	..	4,5	..	..
Luxemburgo	23,0	8,0	..	..	16,3	6,2	..	..	..	4,0	..	..
Hungría	46,5	26,5	17,6	..	25,2	9,9	7,8	..	21,8	4,2	3,2	..
Malta	29,5	9,3	7,4	..	9,8	4,8	..	..	..	..	..	..
Países Bajos	15,1	7,7	4,8	3,9	7,0	4,5	4,0	5,2	4,9	2,7	3,0	4,3
Austria	14,5	8,1	3,9	..	6,3	3,6	2,8	..	..	2,9	..	..
Polonia	39,5	24,1	14,0	..	30,8	12,1	8,7	5,3	24,3	6,0	1,8	..
Portugal	42,4	16,9	14,3	9,7	36,7	16,4	11,8	..	39,5	11,9	..	..
Rumania	12,2	5,9	3,0	..	26,5	6,4	4,2	..	32,4	4,8	..	..
Eslovenia	29,8	18,3	9,9	..	19,3	9,7	7,0	..	23,5	7,6	3,0	..
Eslovaquia	68,6	48,1	27,9	..	30,0	13,9	11,4	..	27,9	7,8	..	..
Finlandia	29,0	17,7	10,3	..	13,0	7,3	5,0	..	..	3,7	2,8	..
Suecia	36,9	17,8	7,5	7,2	16,8	5,7	4,2	6,3	12,5	4,1	2,5	2,2
Reino Unido	37,0	13,0	5,7	3,1	16,6	7,1	3,8	2,5	9,4	4,1	2,7	3,7
Hombres												
UE 28	30,6	18,4	14,0	11,8	20,4	8,2	6,8	7,2	17,9	5,6	3,9	4,0
Bélgica	33,7	14,6	7,1	..	15,5	7,0	3,1	..	14,1	3,6	3,5	..
Bulgaria	49,9	29,9	21,2	23,6	27,0	11,3	11,0	8,1	..	6,1	5,7	..
República Checa	50,8	29,7	20,2	..	15,3	4,2	5,7	4,7	17,6	2,1	3,1	1,5
Dinamarca	17,1	11,4	7,5	..	11,6	6,4	5,6	..	..	4,6	4,1	..
Alemania	12,6	15,2	12,2	14,0	6,0	5,2	6,1	8,2	..	1,9	2,1	3,8
Estonia	32,1	24,5	24,5	..	20,5	8,8	12,4	..	..	5,2	7,2	..
Irlanda	56,1	32,4	21,4	14,7	34,3	19,4	13,2	..	22,1	7,6	8,4	..
Grecia	47,2	26,6	20,0	14,1	50,9	21,6	16,4	15,7	34,8	16,2	8,5	5,2
España*	58,9	33,0	26,7	20,2	52,6	22,3	14,4	14,7	38,0	13,8	8,4	8,1
Francia	37,0	15,2	10,9	8,8	20,3	8,3	6,5	5,2	15,0	5,3	4,1	4,0
Croacia	57,3	21,6	16,7	10,5	42,1	15,4	10,6	13,1	..	11,8	4,9	7,4
Italia	38,5	12,0	9,2	9,7	31,2	7,5	3,9	4,3	26,1	6,7	1,8	..
Chipre	33,9	16,8	15,3	..	27,2	12,7	10,2	..	27,2	8,4	6,4	..
Letonia	39,0	17,8	28,1	..	24,4	16,6	18,5	..	..	6,5	9,1	..
Lituania	..	36,2	..	..	28,4	16,3	15,6	..	..	5,1	..	..
Luxemburgo	22,5	6,8	..	..	16,8	3,4	..	..	..	3,0	..	..
Hungría	43,9	24,3	17,9	..	25,8	10,0	8,8	..	..	4,1	3,6	..
Malta	19,3	7,9	6,6	..	10,1	..	..	..	..	..	..	..
Países Bajos	11,7	7,4	6,4	4,7	6,7	4,6	4,9	6,5	5,4	3,2	3,1	3,3
Austria	11,1	10,6	7,1	..	7,5	3,6	3,3	..	..	1,8	..	..
Polonia	31,4	18,4	16,4	11,9	23,0	8,2	7,9	8,8	19,0	4,7	2,7	..
Portugal	37,8	17,1	15,2	13,8	34,2	12,6	14,6	..	38,1	11,6	8,4	..
Rumania	18,7	10,9	5,8	..	24,2	6,4	5,3	..	23,8	5,0	..	..
Eslovenia	29,5	16,4	10,0	..	18,1	7,4	7,9	..	..	4,5	4,6	..
Eslovaquia	64,9	48,9	39,3	..	31,5	10,9	10,8	..	30,8	5,3	6,0	..
Finlandia	30,4	12,1	10,4	..	15,5	7,2	8,2	9,2	..	3,6	6,2	6,7
Suecia	40,5	16,1	8,0	7,8	19,3	4,7	4,8	6,2	16,5	4,6	5,0	3,8
Reino Unido	37,3	11,7	9,8	8,1	21,0	6,3	5,3	6,4	16,1	3,3	3,8	4,2

(..) dato no disponible

(*) España: % de población de 16-24 años

Fuente: Encuesta Europea de Fuerza de Trabajo (LFS). Eurostat

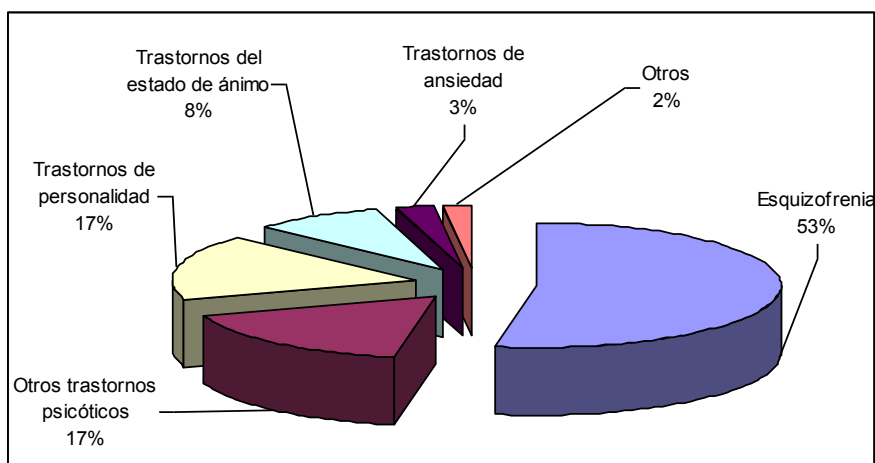
ANÁLISIS DATOS CLÍNICO-PSIQUIÁTRICOS

11. VARIABLE DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: El diagnóstico principal de las personas usuarias de los CRL es la **esquizofrenia**, en el 52,90% de los casos, presentando Alcorcón el porcentaje más bajo, con el 39,01% y Torrejón de Ardoz el más alto con 69,94%.

El segundo diagnóstico principal de las personas que acuden a los CRL analizados es “Otros trastornos psicóticos”, entre los que se encuentran el trastorno bipolar, que afecta de media al 17,15% (destacando el 28,24% de Fuenlabrada como valor más alto y el de Ventas, con 8,63%, como el valor más bajo).

Muy cercano al anterior, el tercer diagnóstico principal en importancia es el de los “trastornos de personalidad”, que afecta al 16,94% de las personas.

GRÁFICO 10: DISTRIBUCIÓN PERSONAS ATENDIDAS SEGÚN DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

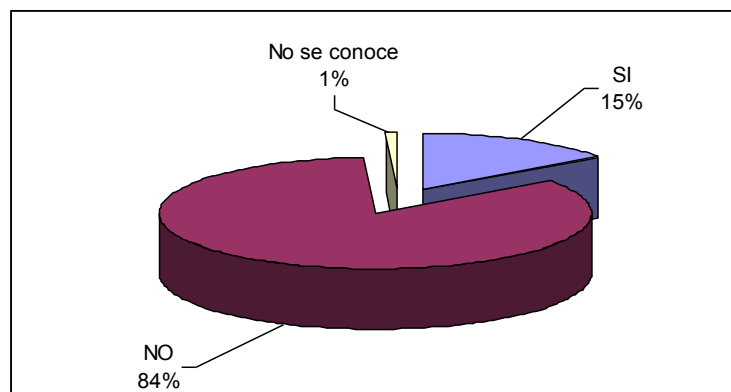


Los “trastornos del estado de ánimo” ocupan el cuarto lugar en cuanto al diagnóstico principal y afectan al 8,43% de los casos.

El 2,74% proviene de la categoría de respuesta “trastornos de la ansiedad” y el 1,86% restante de las categorías “Otros” o “No disponible”.

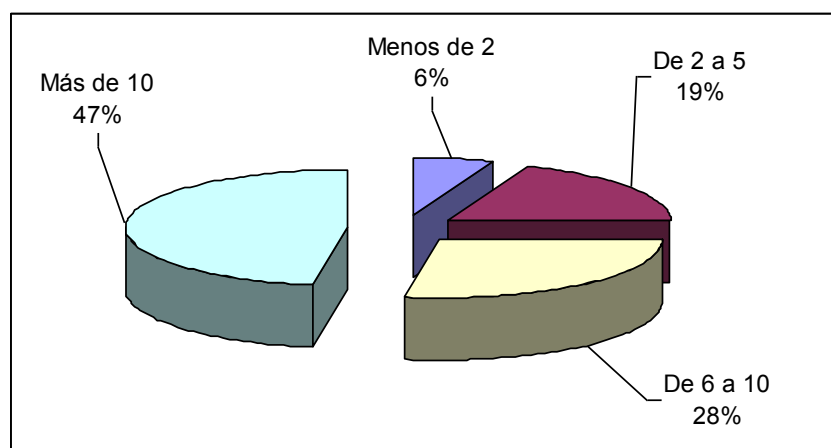
12. VARIABLE DIAGNÓSTICO ASOCIADO: Al margen del diagnóstico principal, en las memorias de actividad de los CRL se incluye además la variable diagnóstico asociado a ese diagnóstico principal. De media, en los 16 CRL analizados entre los años 2008 y 2012, **en el 84,16% de los casos no existe diagnóstico asociado al diagnóstico principal**, mientras que en el 15,06% existe un diagnóstico añadido al ya existente. En el 0,78% de los casos no se conoce.

GRÁFICO 11: DISTRIBUCIÓN PERSONAS ATENDIDAS SEGÚN DIAGNÓSTICO ASOCIADO



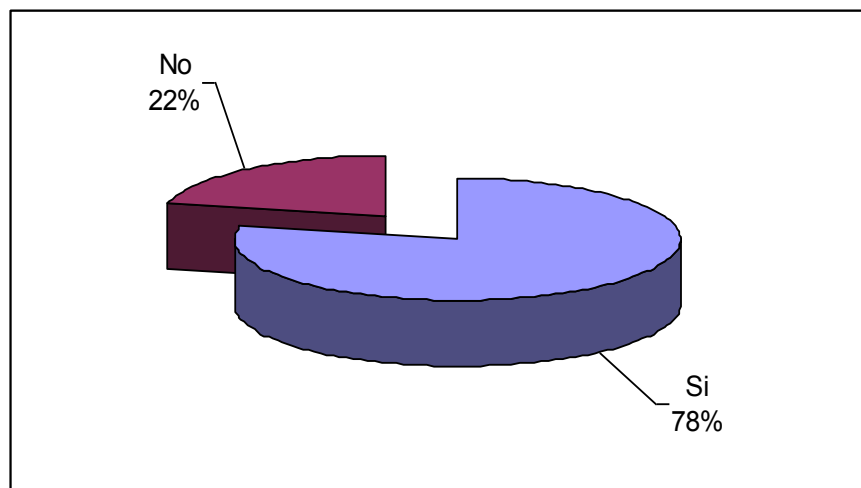
13. VARIABLE TIEMPO DE EVOLUCIÓN: El 47,61% de los casos lleva más de 10 años conviviendo con la enfermedad. Como habíamos señalado en la variable edad, los grupos de edad en donde se concentra una mayor población se encuentra entre los 30 y los 45 años. El 27,65% lleva de 6 a 10 años y el 18,91% entre 2 y 5 años. El 5,83% lleva menos de 2 años con la enfermedad mental.

GRÁFICO 12: DISTRIBUCIÓN PERSONAS ATENDIDAS SEGÚN TIEMPO DE EVOLUCIÓN



14. VARIABLE OTROS PROBLEMAS ASOCIADOS: El **78,35%** de los casos **no presenta otros problemas asociados a su propio diagnóstico**. El 21,65% por su parte, si presenta otros problemas asociados, de ese porcentaje el 14,68% es debido al consumo de sustancias y el 6,97% restante es debido a otra discapacidad física, psíquica o sensorial.

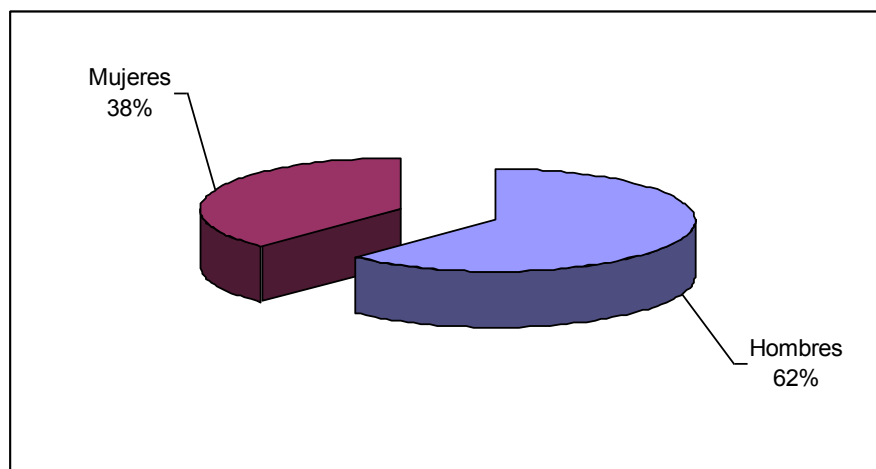
GRÁFICO 13: DISTRIBUCIÓN PERSONAS ATENDIDAS SEGÚN OTROS PROBLEMAS ASOCIADOS



ANÁLISIS RESULTADOS DEL PROCESO DE REHABILITACIÓN LABORAL

15. VARIABLE SEXO: En promedio **existen más hombres que mujeres en los CRL, siendo el porcentaje de un 62,34% de varones**, frente a un 37,66% de mujeres, siendo el caso más llamativo el de Hortaleza, con un 73% de hombres frente a un 27% de mujeres. De hecho este porcentaje se asimila enormemente al porcentaje de público que acude al servicio, y que era en un 69% de los casos en hombres. Sin embargo, el comportamiento difiere en el caso de Pedrezuela, en el que hay un 70% de mujeres, frente a un 30% de varones (no debemos pasar por alto que es el CRL que un mayor índice de inserción laboral presenta con un 61,70%).

GRÁFICO 14: RESULTADO DEL PROCESO DE REHABILITACIÓN SEGÚN GÉNERO



16. VARIABLE TIPO DE EMPRESA: El 47,84% de las personas usuarias de los 16 CRL analizados encuentran empleo en una empresa ordinaria (Vázquez de Mella y Pedrezuela mantienen las posiciones más altas), prácticamente el mismo dato que aquellos que encuentran trabajo a través del denominado **empleo protegido (47,61%)**. Los enclaves laborales sostienen un residual 1,52% del total del empleo intermediado. El 3% restante son actividades marginales.

Sin entrar en el sector económico al que pertenecen dichas empresas, pero que en su inmensa mayoría pertenecen al sector servicios, Castel señala que:

—« está produciendo una terciarización de las actividades. Según demuestra Philippe Delmas, las actividades industriales siguen siendo las mayores productoras de riqueza. En esta ocasión esto ha supuesto la constitución de una periferia precaria, lo que obliga a plantear una nueva cuestión social. Esta nueva cuestión social conlleva a la cristalización de esta cuestión lo que provoca la desestabilización de los estables y la instalación en la precariedad alternando trayectorias de empleo y no empleo »

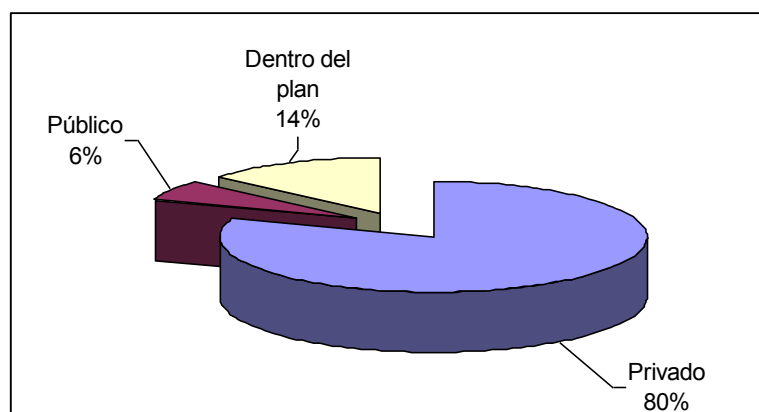
(Castel, 1995: 412).

Finalmente, las personas con enfermedad mental deben competir con el resto de la población en los mismos mercados o bien constituir sus propios submercados (como pueden ser los Centros Especiales de Empleo).

17. VARIABLE SECTOR: El 80,24% del empleo generado pertenece al sector **privado**, siendo el del sector público, tal sólo del 6,04%. Los empleos generados dentro

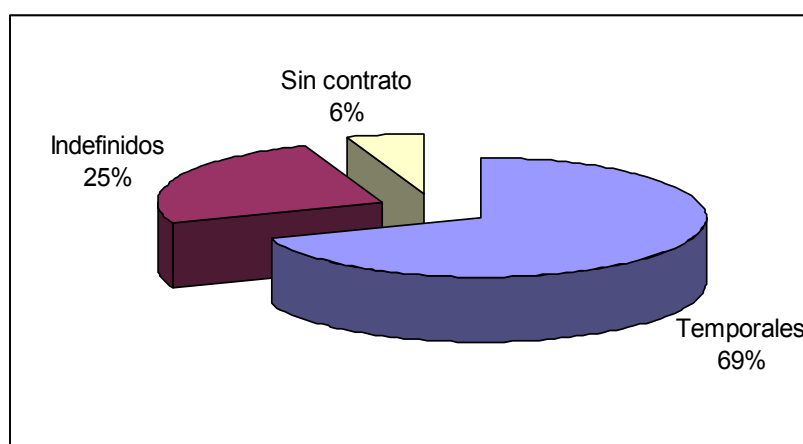
del plan representan el 13,72% del total (Vázquez de Mella destaca por ser el CRL que más empleos dentro del plan sostiene con un 26,32%).

GRÁFICO 15: RESULTADO DEL PROCESO DE REHABILITACIÓN SEGÚN SECTOR



18. VARIABLE TIPO DE CONTRATO: El 69,18% de los contratos firmados son **temporales**, por un 25,19% de contratos indefinidos y un 5,63% de empleos que carecen de contrato. Nuevamente Pedrezuela con un 42,95% es el CRL con un mayor número de contratos indefinidos del total de centros estudiados).

GRÁFICO 16: RESULTADO DEL PROCESO DE REHABILITACIÓN SEGÚN TIPO DE CONTRATO



Tal y como indica Robert Castel en “la metamorfosis de la cuestión social”, las seguridades laborales son engañosas incluso en épocas de crecimiento (como lo fueron los contratos por tiempo indeterminado en las décadas de los años 50 y 60) al basarse

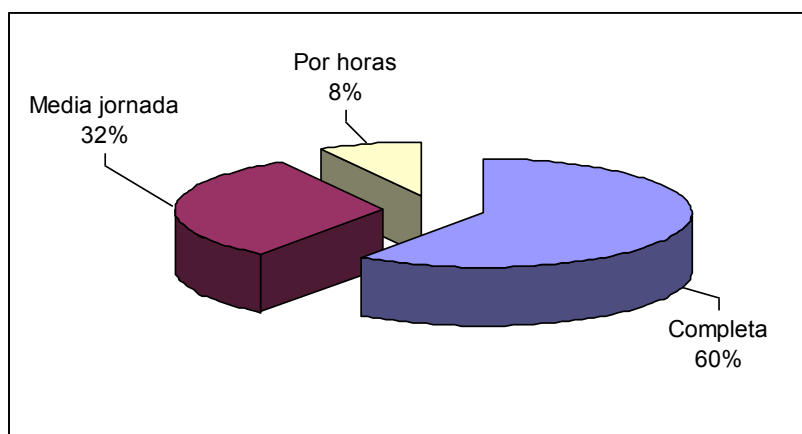
exclusivamente en el crecimiento. El mismo autor indica que las coyunturas cambian y con ellas la seguridad en el empleo desaparece.

Castel interpreta que la evolución del empleo desde la crisis energética de 1973 ha desembocado en una precarización del trabajo. Y hasta esa fecha, el 80% de la población activa presentaba un tipo de contrato por tiempo indeterminado. Pero a partir de esa fecha cae por debajo del 65%, siendo los jóvenes y las mujeres los colectivos más afectados por esta coyuntura.

Con todo y como señalaremos en el apartado de conclusiones, conseguir que casi el 50% de las personas usuarias de los CRL encuentren un empleo con el importante lastre que supone su tasa de desempleo de partida (80%) incluso en época de fuerte crisis económica, podría considerarse un éxito.

19. VARIABLE TIPO DE JORNADA: El 59,98% de los contratos firmados son a jornada completa (En el caso de Torrejón de Ardoz asciende a un 82,32%). Fuencarral y Vázquez de Mella son dos casos atípicos en los que el número de contratos a tiempo parcial supera a los de jornada completa. Por su parte, los contratos a media jornada representan el 31,87% del total. El restante 8,15% son contratos por horas.

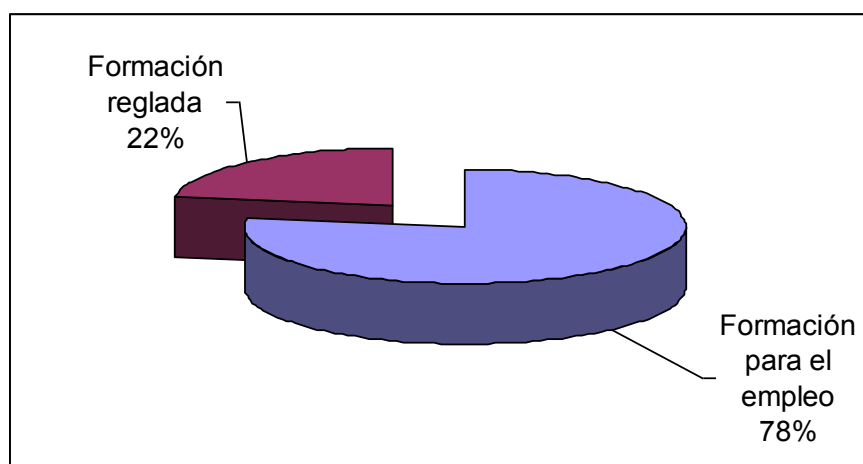
GRÁFICO 17: RESULTADO DEL PROCESO DE REHABILITACIÓN SEGÚN TIPO DE JORNADA



20. VARIABLE FORMACION PARA EL EMPLEO: De los CRL analizados, de media el 77,61% de las personas que han realizado formación, lo han realizado en la

modalidad de formación para el empleo, mientras que el 22,39% restante han realizado formación reglada.

GRÁFICO 18: RESULTADO DEL PROCESO DE REHABILITACIÓN SEGÚN FORMACIÓN PARA EL EMPLEO



21. VARIABLE CUESTIONARIO SATISFACCIÓN:

Como podemos ver en la tabla, el CRL de Ventas-Nueva Vida presenta los valores más altos en relación con la encuesta de satisfacción de las personas, con una media de 5,47 puntos sobre 6. Como se puede apreciar, las puntuaciones medias varían en poco más de medio punto porcentual (entre 4,93 la más baja y 5,47 la más alta).

Pero además, en este caso hemos comparado las medias de los índices de satisfacción con los porcentajes de inserción laboral. En este sentido, Ventas-Nueva Vida y Pedrezuela se encuentran en ambos ranking entre las 5 primeras posiciones. El CRL de Getafe ocupa la 8ª posición en los índices de satisfacción y la segunda en porcentaje de inserción. El CRL de San Blas ocupa la 7ª posición en los índices de satisfacción y la tercera en porcentaje de inserción. Por su parte, Alcorcón ocupa la posición 13ª en los índices de satisfacción y la última en porcentaje de inserción, así como Usera, que ocupa la posición 10ª en los índices de satisfacción y la penúltima en porcentaje de inserción, por su parte Hortaleza ocupa la 14ª posición en los índices de satisfacción y la 11ª en porcentaje de inserción.

TABLA 10. COMPARATIVA PUNTUACIONES MEDIA SATISFACCIÓN Y PORCENTAJE DE INSERCIÓN SEGÚN CRL

VENTAS	Media satisfacción (2008-2012)	PEDREZUELA	% Inserción
Puntuaciones	5,62	Puntuaciones	61,70
CARABANCHEL	Media satisfacción (2008-2012)	GETAFE	% Inserción
Puntuaciones	5,43	Puntuaciones	58,90
VILLAVERDE	Media satisfacción (2008-2012)	SAN BLAS	% Inserción
Puntuaciones	5,26	Puntuaciones	54,90
VALLECAS	Media satisfacción (2008-2012)	FUENCARRAL	% Inserción
Puntuaciones	5,32	Puntuaciones	54,00
PEDREZUELA	Media satisfacción (2008-2012)	VENTAS	% Inserción
Puntuaciones	5,36	Puntuaciones	52,50
VÁZQUEZ-MELLA	Media satisfacción (2008-2012)	FUENLABRADA	% Inserción
Puntuaciones	5,34	Puntuaciones	50,70
SAN BLAS	Media satisfacción (2008-2012)	LATINA	% Inserción
Puntuaciones	5,15	Puntuaciones	50,00
GETAFE	Media satisfacción (2008-2012)	TORREJÓN	% Inserción
Puntuaciones	5,13	Puntuaciones	50,00
FUENCARRAL	Media satisfacción (2008-2012)	RETIRO	% Inserción
Puntuaciones	5,07	Puntuaciones	45,20
USERA	Media satisfacción (2008-2012)	CARABANCHEL	% Inserción
Puntuaciones	5,11	Puntuaciones	44,10
RETIRO	Media satisfacción (2008-2012)	HORTALEZA	% Inserción
Puntuaciones	5,20	Puntuaciones	42,90
FUENLABRADA	Media satisfacción (2008-2012)	VÁZQUEZ-MELLA	% Inserción
Puntuaciones	5,19	Puntuaciones	42,60
ALCORCÓN	Media satisfacción (2008-2012)	VALLECAS	% Inserción
Puntuaciones	5,18	Puntuaciones	36,60
HORTALEZA	Media satisfacción (2008-2012)	VILLAVERDE	% Inserción
Puntuaciones	4,96	Puntuaciones	35,30
LATINA	Media satisfacción (2008-2012)	USERA	% Inserción
Puntuaciones	4,93	Puntuaciones	31,50
TORREJÓN	Media satisfacción (2008-2012)	ALCORCÓN	% Inserción
Puntuaciones	4,93	Puntuaciones	30,70

Si nos adentramos en la base de datos de resultados del proceso de rehabilitación laboral según centros (Base de datos número 3) y analizamos los datos de inserción obtenidos por los CRL, podemos explicar porque el centro de Pedrezuela posee la mayor tasa de inserción de los 16 analizados. El 35,84% en 2012 (y el 29,23% en 2011) de los empleos intermediados por este CRL corresponde a la categoría de “actividad marginal” o sin contrato, cuando este dato en el resto de CRL es prácticamente residual y en la mayoría de los casos inexistente.

Lo cierto es que el empleo creado por este centro ofrece las mejores puntuaciones comparadas tanto en cantidad, el volumen de puestos de trabajo anuales creados es de

63,8 de media en el periodo 2008-2012 (al que sigue Getafe con 61,4), como en la calidad de esos empleos: 34% en *empresas ordinarias*, el 41,51% de *puestos de trabajo son indefinidos* y el 67,92% de los *empleos creados son a jornada completa*. Además, en 2012 el 47,06% de las personas del centro de Pedrezuela se encuentra *realizando formación reglada o formación para el empleo*, uno de los porcentajes más altos de todos los centros (por ejemplo, en Getafe es el 29,23%).

Otras variables que podrían explicar esta alta tasa son:

- La *formación académica*, así el 41,17% de las personas atendidas en el centro de Pedrezuela poseen estudios de Bachillerato o superior.
- El 79,24% de las personas atendidas en este centro *poseen ingresos económicos propios obtenidos por su trabajo*, porcentaje muy superior al del resto de centros.
- El 38,23% de las personas atendidas en el centro de Pedrezuela tienen un *tiempo de evolución de la enfermedad inferior a 5 años*, diez puntos superior a la media.

Consideramos justo tomar la información anteriormente descrita con bastante cautela, al comprobar como uno de cada tres empleos se realiza sin contrato de trabajo (en la denominada “Actividad marginal”).

Por el contrario, las tasas más bajas de inserción se dan en centros en los que la cantidad y la calidad del empleo es menor, por ejemplo en Alcorcón la media de empleos creados en el mismo periodo es de 17, la calidad de los mismos indica que el 29,16% es empleo femenino, el mismo porcentaje en el caso de empresas ordinarias (de modo que 70,84% es empleo protegido, siendo veinte puntos superior a la media de todos los centros). Sin embargo, no varían tanto los porcentajes de empleos indefinidos (41,67%) y de empleos a jornada completa (62,5%) respecto a los centros que ofrecen mejores puntuaciones en sus tasas de inserción laboral.

A pesar de haber comprobado como las altas tasas de inserción laboral son causadas por la cantidad y la calidad del empleo creado por los centros y por otras variables asociadas, como la formación académica, los ingresos económicos propios obtenidos de su trabajo o el tiempo de evolución de la enfermedad, debemos tener muy presentes las

características de la población y del tejido empresarial de cada territorio, aspectos que podrían explicar en muchos casos las cifras de inserción laboral en cada caso. Tomemos como ejemplo de ello un indicador económico como es la renta per cápita municipal disponible. Así, según el Banco de datos Almudena (Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid) este indicador para Pedrezuela es de 16.512 € anuales (Avance de datos de 2011), en el caso de Getafe (14.737 €), Alcorcón (15.173 €), Fuenlabrada (12.559 €) y Torrejón de Ardoz (13.657 €) son claramente inferiores.

Una vez analizados los resultados a partir de la explotación de la base de datos cuantitativos de los 16 centros estudiados, podemos comparar nuestros datos con los aportados en el artículo: “Rehabilitación Laboral para personas con esquizofrenia: investigaciones recientes e implicaciones en la práctica”, escrito por *Cook, JA; Razzano, L.* en su apartado de **RESULTADOS LABORALES**:

- “En un estudio de seguimiento a muy largo plazo de los resultados de pacientes hospitalizados en Vermont con índice de hospitalizaciones durante la mitad de los años 50 que recibieron rehabilitación integral y aquellos que fueron dados de alta al final de esa década (Harding y otros 1987; Harding 1999), **el 40%** (excluyendo los jubilados, los mayores y las personas enviudadas) de las personas diagnosticadas de esquizofrenia en base a DSM-III y **el 45% de aquellos con diagnóstico con esquizofrenia** en DSM-I (pero no DSM-III) tuvo empleo remunerado de los 20 a 25 años de seguimiento (la proporción de empleados durante los periodos de recogida de información en 1980-1982 fue del 57,8% al 59,2%).
- Breier y otros (1991) siguieron una cohorte de 58 pacientes que habían estado hospitalizados durante 6 años (como media) después de su admisión en los años 70’ y los primeros 80. Estos autores encontraron que **el 34% tuvo empleo** (la tasa nacional durante 1986 fue del 60,7% para la población general).
- Harrow y otros (1997) siguieron a 74 pacientes con esquizofrenia hospitalizados en Chicago durante 7.4 años (como media) después de su admisión en los años 70’ y los primeros 80’ y encontraron que **menos del 20% de ellos tuvo empleo** (la tasa nacional durante los años de seguimiento del estudio estuvo entre el 57,8% y 59,9%).

- Munk-Jorgenson y Mortensen (1992) siguieron a 42 personas en Dinamarca 13 años después de su primer ingreso por esquizofrenia (durante 1972) y **encontraron que sólo 3 (7%) tuvieron empleo remunerado de alguna clase** (la tasa en Dinamarca durante el periodo de seguimiento en los años 80' fue del 46.3% al 51.9%).
- Otros estudios de cohortes utilizan un diseño de “instantánea” para explorar el empleo entre las personas con esquizofrenia. Por ejemplo, el estudio desarrollado por el Epidemiological Catchment Area (ECA) encontró que *las personas con esquizofrenia tenía 4 veces más probabilidades de estar desempleados que sus compañeros sin problemas psiquiátricos* (Keith y otros 1991). Utilizando el ECA en un estudio de los días apartados del trabajo a causa de problemas emocionales, Kouzis y Eaton (1994) indicaron que las personas con esquizofrenia tenían cerca de 18 veces más probabilidades de estar apartado del trabajo por problemas emocionales que sus compañeros sin esquizofrenia.
- En otro estudio de cohortes con personas que eran ingresadas por primera vez en 15 psiquiátricos en el área más amplia de Baltimore, MD, desde 1983 a 1989 (Muntaner y otros 1993), **el 53% de los diagnosticados de esquizofrenia tuvo empleo**, frente al **66% de las personas diagnosticadas de trastorno bipolar y el 75% de las personas con otro diagnóstico psicótico** (la tasa nacional de empleados en el periodo 1983 y 1989 estuvo comprendida entre el 57,9 y el 62,9%); estas diferencias tuvieron significación estadística incluso controlando la edad, el sexo, el estado civil, la situación socioeconómica, y el tipo de hospital en el que fueron ingresados por primera vez.
- Otros dos estudios encontraron muy bajas tasas en empleo remunerado (**el 20% en un estudio realizado en Chicago; el 7% en el estudio realizado en Dinamarca**) a pesar de que los porcentajes de empleados estuvieron entre el 57,8 y 59,9%, y 46.3% y 51,9% en la población general, respectivamente.

En resumen, según el artículo citado anteriormente no parece haber tendencias claras en estos hallazgos, y más aún con unas metodologías tan dispares en cada uno de estos estudios. En todo caso, la tasa de inserción laboral presentada por los CRL de la

Comunidad de Madrid para un total de casi 1.032 casos es de un 47,4%, y ello teniendo en cuenta las bajas tasas de actividad de esta población en España. Así, según el estudio “El empleo de las personas con discapacidad” publicado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en la cohorte 2008-2012 (intervalo temporal al que hace referencia esta tesis doctoral) señala que el último dato de tasa de actividad entre las personas con enfermedad mental para el año 2012 es del 27,1%, siendo la más baja de todos los grupos de discapacidad, incluso más baja que la del grupo de personas con discapacidad intelectual que presenta una tasa de actividad del 28,7%. Por esta razón, conseguir que casi un 50% de las personas atendidas en los Centros de Rehabilitación Laboral logren insertarse en el mercado de trabajo, deberíamos considerarlo un verdadero éxito.

6.3.3 RESULTADOS INVESTIGACIÓN CUALITATIVA Y ANÁLISIS DAFO

Las siguientes páginas hacen referencia a los resultados obtenidos del trabajo de campo cualitativo realizado con expertos en la materia, a través de las entrevistas en profundidad y los grupos de discusión realizados. Con toda la información cualitativa obtenida, exponemos en este capítulo y a modo de conclusión, una matriz DAFO que ofrece de forma esquemática los puntos fuertes (fortalezas y oportunidades) y débiles (debilidades y amenazas) de este recurso.

Antes de entrar en materia, debemos tener presente una primera consideración, referida al concepto utilizado habitualmente cuando hablamos de las personas atendidas en este y otros recursos implantados por diferentes sistemas de Servicios Sociales: usuario/a.

La entrevista en profundidad realizada a Luis M^a López-Aranguren nos hizo reflexionar acerca de ello y de la conveniencia de cambiar el concepto de usuario/a por el de ciudadano, o simplemente por el de persona atendida.

Debemos reconocer que el término usuarios/a es un concepto que podría arrojar connotaciones negativas. De hecho la segunda acepción de diccionario de la Real Academia Española de la lengua (RAE) dice textualmente: "Dicho de una persona: Que tiene derecho de usar de una cosa ajena con cierta limitación"

Las personas en riesgo de exclusión social son ciudadanos que tienen los mismos derechos constitucionales que cualquier otra persona, y esas posibles connotaciones no deberían hacernos pensar que son personas ajenas a nosotros o que pudieran estar haciendo un uso abusivo de algo. En mayor o menor medida, y más en momentos de crisis económica como los que estamos atravesando en la actualidad, la vulnerabilidad social de las personas y las familias van en aumento, de modo que todas las personas en mayor o menor medida, tenemos un cierto riesgo de padecer exclusión social.

Hecha esta salvedad, a continuación se exponen los resultados de la investigación cualitativa realizada en las 6 entrevistas en profundidad a expertos en la materia y los 6 grupos de discusión realizados en la presente investigación. La organización de los resultados de este trabajo cualitativo se ha realizado utilizando el método de análisis DAFO, y se disponen en virtud de dicho análisis. Así las Debilidades y Fortalezas se consideran desde el interior y el presente de los fenómenos, los niveles y los recursos; y

las Amenazas y Oportunidades se disponen desde el exterior y el futuro de los fenómenos, los niveles y los recursos

MÉTODO DAFO		
	NEGATIVAS "Factores de riesgo"	POSITIVAS "Factores de éxito"
FACTORES INTERNOS "En acto" "Reflexionando el presente"	DEBILIDADES	FORTALEZAS
FACTORES EXTERNOS "En potencia" "Mirando al futuro"	AMENAZAS	OPORTUNIDADES

DEBILIDADES
<p>DEBILIDADES DERIVADAS DEL CONTEXTO DE CRISIS ECONÓMICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actual crisis económica y financiera - Recortes en conciertos y subvenciones en la mayoría de CC.AA <p>DEBILIDADES DE LA REHABILITACIÓN LABORAL (NIVEL ESTATAL):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nula coordinación entre los diferentes modelos en cada CC.AA. Somos mucho menos eficaces sin coordinación - Falta de liderazgo por parte de la Administración estatal para comenzar un proceso de unificación de criterios, financiación, equipos profesionales, infraestructuras... - En ese liderazgo debe primar lo técnico frente a lo político - Ausencia de presupuesto por parte de la Administración estatal y de las diferentes administraciones regionales en pos de dicha coordinación.

DEBILIDADES DEL MODELO CRL:

- No existe un **concepto claro de lo que se entiende por empleo** (a veces se computan “actividades marginales”, que poco tienen que ver con la creación de empleo): tampoco en cuanto a los salarios y el grado de satisfacción de las personas hacia el empleo.
- Hay que **ampliar los equipos con más profesionales de la formación y el empleo**, que sean expertos en algunas materias (posicionamiento web, por ejemplo). Debe haber menos clínica y más formación y empleo.
- Dentro del equipo **generar investigaciones propias** y participar en grupos de innovación.
- **Los datos de inserción marcan el devenir del recurso**, por eso existe cierto temor a los resultados, sobre todo en los momentos de renovación cada 4 años. La categoría de “actividad marginal” no debería contabilizarse.
- Se han detectado **carencias en cuanto a evaluación externa del recurso**. En este sentido, **se deberían crear herramientas de evaluación estandarizadas** para todos los CRL.
- **Se deberían intermediar la mayoría de puestos de trabajo** en los CRL, de modo que el proceso de Búsqueda Activa de Empleo sea secundario.
- Las personas atendidas demandan un **salario simbólico** por su trabajo.
- **Autoempleo: apenas se crean puestos de trabajo bajo esta modalidad**. Requiere de unas mayores competencias. Los CRL reflejan una realidad social (escasez de autoempleo, aparte de las barreras existentes en España para el autoempleo: trato fiscal, burocracia, etc....).
- **Identificar los factores que inhiben el proceso de rehabilitación laboral**: persona, familia, sociedad, incluso en ocasiones es el propio equipo profesional del CRL quien pone límites a la persona en su proceso de rehabilitación.
- Debería haber un **mayor consenso**: utilizar una misma base de datos, un mismo protocolo de seguimiento y un análisis estadístico de las memorias.
- Se podría hacer algo más en el **CRL** en cuanto al **ocio** de aquellas **personas que están en seguimiento** y lo demandan. Más contacto entre compañeros, hay gente que no se conoce.
- **No existe coordinación** con el **Servicio Regional de Empleo** y poca con la Consejería

de Empleo y los **Centros Base del IMSERSO**.

- Los servicios de salud mental están cortos de efectivos, a veces los CRL hacen funciones que se exceden de sus competencias
- **No se mide la correlación entre empleo e integración** (hay familias que comen con la pensión y el trabajo de sus hijos/as)
- **Perfil del Técnico de Apoyo a la Inserción Laboral (TAIL)** a la hora de contactar con las empresas, que sea más comercial (hábil, honesto, cara al público, que le guste).

OTRAS DEBILIDADES:

- **Escasez de cursos de formación adaptados** a nuestro colectivo
- **Las mujeres llegan tarde al CRL (30%)** y están sobreprotegidas
- **Las familias afirman estar poco preparadas** para ayudarles.
- A veces por presión social se les obliga a trabajar, por ello **es muy importante trabajar los objetivos de la inserción**. A veces se detecta que lo que necesita una personas son ingresos, entonces se tramitan las ayudas a las que tiene derecho la persona, no siempre es empleo. Sería conveniente cerciorarse que las familias comparten los objetivos de inserción y el itinerario.
- **Falta diagnóstico precoz** en los servicios de atención primaria: La media en diagnosticar a una persona es de 10 años

AMENAZAS

AMENAZAS SOBRE EL MODELO DE REHABILITACIÓN LABORAL:

- Escaso interés de las Administraciones regionales en protocolizar el modelo de atención.

AMENAZAS EN RELACIÓN AL MODELO CRL:

- Pensar que el empleo es el fin último de este recurso (a veces tener claro que una persona no puede trabajar es lo mejor para ella).
- Los CRL están intermediando con puestos de baja cualificación, hay que elevar la cualificación de las personas atendidas y tratar de colocar a esas personas en puestos de mejor cualificación.
- Evitar que este recurso se convierta en un “Café para todos” descuidando las idiosincrasias propias de cada centro.

OTRAS AMENAZAS:

- Las características sociodemográficas de algunas CC.AA dificultan la intervención en rehabilitación laboral (dispersión poblacional, etc.).
- Las necesidades de la población van en aumento.
- El estigma de la sociedad (a nivel macro) Haría falta una gran campaña de publicidad sobre la necesidad del empleo en las PEM, la tarea la realizan los CRL desde abajo, sería necesario un buen anuncio en TV
- El estigma de su micro-sociedad: calle, barrio, etc.
- El autoestigma de las Personas con Enfermedad Mental.
- Sobreprotección de las familias hacia las Personas con Enfermedad Mental: las familias manifiestan que su mayor temor es que la persona pueda quedarse en paro, eso supondría un retroceso.
- Clara desinformación por parte de los empresarios, más preocupados por si se toma la medicación que por si sabe trabajar
- Hoy más que nunca es imprescindible el certificado de minusvalía para conseguir empleo. Las personas jóvenes no lo valoran.

FORTALEZAS

FORTALEZAS EN RELACIÓN AL MODELO CRL:

- El modelo de rehabilitación laboral aplicado en los CRL se basa en un **proceso individualizado**.
- Dos de las características más importantes son la **continuidad y estabilidad del recurso**. Eso genera tranquilidad en las potenciales empresas contratantes (en contraposición a programas de empleo que tienen fecha de caducidad)
- **Las personas atendidas no tienen tiempo límite para estar en el centro**: depende de sus objetivos de inserción y esos objetivos dependen de las personas, que es un fin en sí misma, a pesar que Los CSM quieren agilizar la lista de espera. El plazo lo marca la persona.
- **Equipos multiprofesionales que arropan a las personas atendidas**, que no les dejan solos y les acompañan en todo el proceso, gestionando sus fracasos y sus éxitos. Apenas hay abandonos. El objetivo es que las personas sigan funcionando sin sus equipos
- **Visión integral de un recurso**, que además concentra todas las fases del itinerario en un mismo centro.
- **Ratios reducidos** de trabajo (9 profesionales para 55 PEM)
- **Trabajo en red** y Trabajo comunitario
- Existencia de un **horario y aprendizaje** de una ocupación
- **El CRL permite fórmulas** como los convenios de prácticas no laborales
- **Modelo coordinado** entre SS.SS y Salud Mental
- **Diversidad de entidades en la gestión** y formas de hacer
- **Financiación del recurso** (vuelve a ser cofinanciado por el FSE, pero en el Acuerdo Marco de la Comunidad de Madrid ya se había reservado el presupuesto para el mismo)
- Se han identificado como **factores de éxito**: Motivación, apoyo familiar, experiencias laborales previas y buen nivel de funcionamiento. Quizá la motivación de la persona prevalezca sobre el resto, aunque esos otros factores deben permanecer al menos como neutros y si es posible no como inhibidores
- Una de sus cualidades principales es que **intenta aprovechar cualquier**

oportunidad de empleo

- Apostar por el proyecto de vida de las personas, satisfacción en lo que uno se ha preparado. Se atiende el deseo vocacional del afectado. Contribuir a que la persona se integre y genere sus propios recursos. Ajustar la persona al empleo
- Una persona puede a la vez disfrutar de varios recursos: formación, CRL, equipo de apoyo y Mini-Residencia. Eso no ocurre en Cataluña, País Vasco o Cantabria.
- En los CRL se trabajan todos los factores identificados como de éxito: motivación de la persona, apoyo familiar, buen funcionamiento y experiencias laborales.
- Existe libertad y flexibilidad en el recurso para innovar con proyectos
- Posibilidad de coordinación con quien se considere: Escuelas taller, SEPE, etc.
- Capacidad de adaptación del recurso a patologías de muy diferentes perfiles, sea cual sea su gravedad
- Recurso muy vivo, sin límites.
- Existe mucha orientación.
- Discriminación positiva hacia las mujeres, por ejemplo CRL Nueva vida adelanta a las mujeres en la lista de espera.
- Entrar en contacto con los pares es el factor mas determinante: “Si otros como yo lo están haciendo yo lo puedo conseguir” (Motivación de la persona)
- Localizar lo que la persona hace bien para enfatizar sobre ello
- La No inserción laboral no es un fracaso, muchas veces descubrir eso es un logro
- El objetivo es mejorar la calidad de vida y las potencialidades de la persona, y eso es algo más amplio que el trabajo.
- Los informes de seguimiento anual y las juntas de evaluación se realizan con las personas presentes. Se trata de un modelo abierto.
- El modelo de Centro de Rehabilitación Laboral (CRL) viene perfectamente definido en el pliego de cláusulas administrativas particulares que rigen en el contrato de servicios de “Gestión de centros de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera” de cada Centro, así como las fases del itinerario (Ver páginas 35 a 43 de dicho Pliego).

OPORTUNIDADES

OPORTUNIDADES LA REHABILITACIÓN LABORAL (NIVEL ESTATAL):

- Posibilidad de **compartir modelos de atención e intercambio de experiencias**.
- Sería importante **medir el retorno del valor social**, lo que se ahorra el Estado en sanidad con recursos psicosociales

AMENAZAS EN RELACIÓN AL MODELO CRL:

- **Figura del preparador laboral** en los CRL (desde 2003) para la variante de empleo con apoyo dentro del centro.
- **Mejora y aumento de la formación** en los equipos multidisciplinares.
- **Apertura de nuevas plazas en CEE** para PEM (empleo protegido)
- **Existencia de una amplia red** que ofrece 5.919 plazas en diferentes recursos y éstos no son excluyentes entre sí, como en otras CC.AA
- **Mayor coordinación con otros recursos de empleo**: el empleo no depende de una sola entidad, sino que es fruto de la interconexión de todas, se trata de un proyecto social coordinado
- **Identificación de sectores emergentes**: A raíz de la ley general de comunicación (2010), que posibilita la introducción de subtítulos para la discapacidad auditiva. Con el proyecto redes de los CRL se desarrolla un proyecto de teatro accesible que da trabajo a varias personas en las modalidades presencial y a distancia. Teletrabajo en el CRL: se trabaja el miedo social y mientras las personas con este tipo de dificultades y perfectamente capacitadas comienzan a trabajar y no se les aísla.
- **Potenciación de las redes sociales**: hacer búsqueda de empleo juntos
- **INNOVACIÓN**: FSC Inserta, Fundación Síndrome Down Madrid y CRL están realizando un proyecto de accesibilidad para PD en dispositivos móviles de cara a mejorar la calidad de vida de personas con TEA, EM y PDI
- Importancia de los itinerarios: El momento más importante es el de la entrada al centro. Ahí se empieza a construir su propio proyecto. Ya puede equipararse a otras personas iguales. Entra en el mundo de la inclusión. Al principio reclama su papel de paciente, pero poco a poco esta persona se convence de que está en proceso de recuperación y decide ir más allá de lo que le ha pasado de padecimiento mental

- **ESPERANZA** (Un proyecto claro de lo que se puede hacer a pesar de la enfermedad) y **RESPONSABILIDAD** (la persona debe involucrarse y ser protagonista de su propio proyecto)
- Las personas deben participar en la solución de sus problemas, deben ser parte de la misma, protagonistas de su inserción sociolaboral
- Se comparten metodologías, folletos comunes, beneficios de contratación a PEM
- Los CRL conocen muy bien a las personas que pretenden insertar (producto)
- **Cuanto más confías en un individuo más capacidad tiene.** También es importante conocer las expectativas que tiene la familia y de la persona atendida hacia sí misma.
- **Mujer y rehabilitación laboral:** Se ha demostrado que el proceso de rehabilitación es más rápido en el caso de las mujeres. Los porcentajes se van cambiando lentamente.
- **Jóvenes y rehabilitación laboral:** el itinerario debe ser diferente. Muchos no tienen conciencia de enfermedad. Llegan muy tarde a los CRL, al tardar en diagnosticarle. Los itinerarios fomentan más lo académico y formativo. El joven debe empezar por reconocer la enfermedad.

7. LA INSERCIÓN LABORAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN TIEMPOS DE CRISIS: ANÁLISIS COMPARADO DE LOS RECURSOS DE REHABILITACIÓN A NIVEL ESTATAL E IMPACTO DE LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN LABORAL EN LA CREACIÓN DE EMPLEO

Para el análisis de este punto, vamos a centrarnos en dos bloques de datos, por un lado la información cualitativa ofrecida en el informe 2012: “Valoración por comunidades del impacto de la crisis económica en la atención de rehabilitación psicosocial RPS” elaborado por el Observatorio de Rehabilitación Psicosocial de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial, y por otro la información cuantitativa ofrecida por el Observatorio Regional de Empleo de la Comunidad de Madrid sobre desempleo y contratos registrados referidos a las personas con enfermedad mental.

Según el informe 2012: “Valoración por comunidades del impacto de la crisis económica en la atención de rehabilitación psicosocial RPS” elaborado por el Observatorio de Rehabilitación Psicosocial de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial:

—Una primera conclusión de dicho informe es que muchos de los recortes se han ido aplicando, se están aplicando, de forma progresiva y por fórmulas indirectas. Los cambios evolucionan por ello con curso insidioso, en el que los cierres de servicios, las reducciones de las carteras de servicios o las modificaciones de la red asistencial no son generalizados ni son explícitos.

Sin embargo lo que si ocurre de forma masiva es una política de restricción presupuestaria y recortes en todas las CCAA, que es mucho más significativas en algunas de ellas como Cataluña, Valencia, Murcia, Galicia o Castilla La Mancha. La impresión es que en todas ellas, tarde o temprano, se irán aplicando progresivos recortes en la financiación.

A los recortes hay que añadir los retrasos importantes en el pago de los conciertos y de las subvenciones en los sistemas de concertación, que crean difíciles situaciones de tesorería a las entidades y sobrecostes de financiación bancaria para cubrir los pagos pendientes por los retrasos de la administración. Estos retrasos se han producido especialmente en las comunidades con más sector concertado y mayores problemas de deuda, como son Cataluña y Comunidad Valenciana”.

Como señala este informe, de las CC.AA que tienen recurso de rehabilitación laboral: Cataluña, Galicia y Castilla-La Mancha están sufriendo serios recortes en su dotación presupuestaria, por lo que sólo se salvan la Comunidad de Madrid y Andalucía.

Dicho informe también admite:

—Los servicios sociales para personas con TMG y la inserción laboral (eliminados estos últimos en algunos lugares en que existían servicios o profesionales específicos para TMG) están en muchos territorios organizados con entidades concertadas, la mayoría entidades sin ánimo de lucro y muchas de escaso tamaño.

Para este sector la reducción de presupuestos ha sido más palpable porque se basan en sistemas de subvenciones, que es donde los recortes han sido más explícitos (suspensión de convocatorias o directamente eliminación). La continuidad de las empresas de trabajo protegido también está cuestionada en muchas de ellas porque al impacto de la crisis económica añade la congelación de nuevas subvenciones a la contratación y la reducción en un 25% de lo que establece la ley.

La reducción de recursos de RPS es segura, la cuestión es cómo se va a aplicar. Seguramente se mantendrán más fácilmente la financiación destinada a recursos de vivienda que la destinada al fomento de la autonomía y la integración social y laboral. Sin embargo es improbable la dotación de nuevas inversiones, dotación de plazas o crecimiento de las redes asistenciales”.

Antes de comenzar a exponer la información específica de las CC.AA que analiza este informe, es necesario tener presente que, para que este tipo de recursos obtenga resultados, es absolutamente indispensable proveer a los mismos de una financiación garantizada en las diferentes fórmulas existentes: contrato, convenios de colaboración, empresas públicas o subvenciones.

COMUNIDAD DE MADRID

Según el Resumen informativo (enero 2013) de la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, en el periodo 2008-2012 los datos son los siguientes:

**TABLA 11. N° PLAZAS Y PRESUPUESTO RED DE ATENCIÓN SOCIAL A PEM
COMUNIDAD DE MADRID (2008-2012)**

	2008	2009	2010	2011	2012	Incremento %
Número total plazas de la red	5.260	5.350	5.518	5.578	5.679	7,97%
PRESUPUESTO TOTAL (Millones €)	56	59	60,6	63,6	64,7	15,53%

Fuente: Red de Atención social a Personas con enfermedad mental grave. Comunidad de Madrid.

Como podemos comprobar en el periodo de crisis económica, no sólo no se recorta en cuanto al número de plazas y al presupuesto disponible, sino que ambos apartados ven incrementadas sus cifras, en el caso del volumen de plazas casi en un 8% y lo realmente sorprendente, el incremento del presupuesto total destinado en más de un 15,5%.

Datos actualizados a 2013 nos indican que el número de plazas totales sigue incrementándose hasta llegar a 5.919 en septiembre de 2014. Todo este volumen de plazas resulta de la suma de todos los recursos de la Red Pública de atención social a personas con enfermedad mental de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid: 24 CRPS (1758), 31 Centros de día de soporte social (1019), 21 CRL (1035), 21 Residencias (583), 38 Equipos de apoyo social comunitario (1140), 57 pisos supervisados (223), plazas en pensiones supervisadas (32), Servicio de apoyo a la reinserción social de personas con EMG sin hogar (80), Centro de atención social para apoyo a la reinserción de social de personas con EMG sin hogar (49).

1. CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL ÁMBITO DE LA ASISTENCIA SOCIAL

Ningún cambio significativo en la Comunidad de Madrid

2. CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL ÁMBITO LABORAL

Ningún cambio significativo en la Comunidad de Madrid

3. CAMBIOS PRODUCIDOS DIRECTAMENTE EN LA RED ASISTENCIAL

Dotación presupuestaria: En 2012 el presupuesto de la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Grave y Duradera de la Consejería de Asuntos Sociales fue de 64.700.000 € (15,53% de incremento respecto a 2008). Todos los años se ha producido un incremento de este presupuesto desde el año 2003.

Retribución de profesionales: No ha habido ninguna variación. Al gestionarse por contratos con entidades privadas no se ha aplicado la reducción de salario de los trabajadores públicos.

Modelo organizativo: No ha habido ninguna variación.

Cambios en prestaciones: No ha habido ninguna variación.

La Red de rehabilitación dependiente de la Consejería de Asuntos Sociales ha mantenido la situación y características de los servicios, por lo que se puede decir que la crisis, a fecha de hoy, ha tenido un impacto mínimo en la Comunidad de Madrid.

Siguiendo con el informe 2012: “Valoración por comunidades del impacto de la crisis económica en la atención de rehabilitación psicosocial RPS” elaborado por el Observatorio de rehabilitación psicosocial de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial:

”Toda la Red dependiente de la Consejería de Asuntos Sociales está gestionada por entidades privadas, bien mediante contrato de gestión de servicios públicos, bien mediante concierto. Y solo en el caso de prórrogas de contrato la Consejería ha introducido una baja del 5% en el precio del contrato.

Por otro lado, en los recursos no residenciales han solicitado aumentar el número de personas atendidas, es decir, aumentar la capacidad inicial de los servicios. Así, y a modo de ejemplo, si un Centro de Día de Soporte Social tenía una capacidad de 30 personas se ha pedido que la aumente a 35”.

Prueba de ello es que durante 2013, incluso se abrieron nuevas plazas, lo que supuso llegar, tal y como hemos mencionado a septiembre de 2014 con 5.919 plazas en servicios específicos de rehabilitación. Ello supone el que a fecha de hoy hay 198 servicios de rehabilitación con aproximadamente 1.260 profesionales. Este grueso de plazas está complementado con varios servicios que históricamente dependen de la Consejería de Sanidad, en los que están incluidas las Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación, 2 Centros de Rehabilitación y varios pisos tutelados.

En este informe se señalan tres riesgos probables o perdidas ya consolidadas en la propia Comunidad Autónoma que afecten de forma directa al sistema de atención:

1- La progresiva privatización de la atención sanitaria y la implantación de un área única puede deteriorar la necesaria coordinación entre sanidad y servicios sociales, en una Comunidad Autónoma donde la mayoría de los servicios de Rehabilitación no dependen de la Consejería de Sanidad.

2- Si se hace necesario recortar la dotación presupuestaria destinada a la rehabilitación es fácil que este recorte impacte en aquellos servicios menos críticos (los que no son residenciales o no entren en el paraguas de la dependencia) y se deje de fomentar la autonomía y la integración social de personas en situación de dependencia ligera, como la que pueden ofrecer los Centros de Rehabilitación Psicosocial, los Centros de Rehabilitación Laboral y los Equipos de Apoyo Social Comunitario.

3- Si se disminuye de forma drástica el presupuesto puede deteriorarse de forma grave la calidad de la atención prestada. Hasta ahora la calidad es muy alta, ya que las ratios de profesionales por personas atendidas son elevadas y con una

alta profesionalización. Esto llevaría a una situación más cercana al cuidado y la contención que al trabajo para la integración y la consecución de la plena ciudadanía de las personas atendidas”.

Pero no todo es positivo en la Comunidad de Madrid:

En este informe se hace constar que:

—se han producido cambios organizativos en algunos territorios, como el establecimiento de área única en Madrid, que está suponiendo una recentralización de la atención en los hospitales y una progresiva reducción de la red comunitaria, con absorciones de centros y algunas supresiones. Una manera alternativa que también se está aplicando es exigir el aumento de la capacidad asistencial (por ejemplo, asumir mayor número de plazas) con los mismos presupuestos. La ruptura de los sistemas de coordinación es uno de los fenómenos que se hacen notar, sea por el cambio de proveedores como en Madrid, o por la paralización de los mecanismos de coordinación establecidos para la atención de personas con TMG, como en Asturias o Extremadura”.

Echando un vistazo a otras CC.AA dicho informe revela los siguientes cambios producidos en el ámbito laboral:

ARAGÓN

—Las entidades que gestionan servicios, en especial de Rehabilitación Psicosocial, hasta ahora, para la financiación de nuevos proyectos o apartados de programas en activo, podían tener acceso a presentarlos en otros Departamentos tanto de Servicios sociales, Trabajo, ayuntamientos, Diputaciones. Ha habido una reducción drástica de estos fondos, así como los que iban unidos a la financiación desde programas europeos. Se reducen además los programas formativos tan útiles para los programas de RH.

En cuanto a la financiación privada, las entidades financieras en especial las cajas de ahorro, al convertirse en bancos, han eliminado o restringido el papel de las Obras Sociales de las que dependían muchos proyectos en especial en inversiones. Dada la descapitalización y falta de financiación en inversiones (inmovilizado), la perspectiva de muchas entidades es el empobrecimiento y la precariedad para el futuro inmediato.

Señalar tres riesgos en la Comunidad Autónoma que afecten de forma directa al sistema de atención de RPS

1- Cierre de entidades de la red de rehabilitación, incluidos dispositivos específicos de rehabilitación laboral

- 2- Reducción de camas hospitalarias de urgencias y rehabilitación
- 3- Reducción de plantilla de profesionales”.

ASTURIAS

—Se prescindió del Técnico de Inserción Sociolaboral

Dotación presupuestaria: Reducción

Modelo organizativo: Suprimido y sin alternativas

Cambios en prestaciones: Reducción importante en la naturaleza y nº de prestaciones como en el número de población cubierta.

El riesgo más importante es la Ruptura de compromisos con asociaciones, organismos y empresas: Aumento de la exclusión”.

CANARIAS

—Dotación presupuestaria: Reducción presupuesto

Modelo organizativo: Disminución ofertas de trabajo.

Señalar tres riesgos en la Comunidad Autónoma que afecten de forma directa al sistema de atención de RPS

1- Finaliza el Plan de Atención a la Discapacidad (que financia la red de rehabilitación); el nuevo convenio se plantea sin ampliación de plazas y reducción presupuestaria

2- Incremento de la lista de espera en los dispositivos sociosanitarios

3- Aplazamiento en prestaciones del Servicio de Atención a la Dependencia. Posible incremento o implantación del copago”

CANTABRIA

- *—Restricción de las derivaciones poniendo como condición que se tenga otorgado al menos el grado de dependencia II nivel I.*
- *Reducción de la cuantía económica del concierto del servicio en un 3 %.*
- *Amenaza acerca de la incompatibilidad entre la recepción de varios servicios de la red de asistencia social. Si se está en una residencia para personas con enfermedad mental no se puede recibir a la vez atención en CRPS, por ejemplo, lo cual antes sí era compatible.*
- *Incremento de la cuantía que las personas de la RPS deben aportar en concepto de copago del servicio.*
- *Propuesta de reducción salarial, así como de especialización profesional y de otros derechos laborales del personal que trabaja en RPS.*

- *No sustitución de las bajas de profesionales, reducciones de plantilla y potenciales expedientes de regulación de empleo.*

Señalar tres riesgos en la Comunidad Autónoma que afecten de forma directa al sistema de atención de RPS

1.- Puesto que el baremo para dependencia no contempla apenas las dificultades específicas de las personas con enfermedad mental, se corre un riesgo elevado de que no puntúen en el grado y nivel necesario para acceder a los recursos sociales, por lo que se quedarían fuera del sistema asistencial y rehabilitador.

2.- Concertar servicios con empresas privadas que no están especializadas en la atención a personas con enfermedad mental y que cubren el servicio de forma más precaria a un menor coste: con personal poco cualificado, ratios elevadas, con un servicio asistencial y no rehabilitador, etc.

3.- Los modelos más avanzados de atención a personas con enfermedad mental (modelos participativos, comunitarios, etc.) son menos viables al reducir costes, produciéndose así un retroceso en la rehabilitación psicosocial y regresando a modelos más asistenciales que fomentan tan solo el cuidado y la ocupación, dejando de lado la participación comunitaria, la inserción social, el fomento de la autogestión de la persona con enfermedad mental.

Asimismo, se prevé la futura inviabilidad del mantenimiento de los centros dedicados a la Rehabilitación Psicosocial debido a la reducción del precio – plaza y a la no ocupabilidad de las plazas como consecuencia de la inclusión de la enfermedad mental dentro de la dependencia”.

CASTILLA-LEÓN:

*–**Dotación presupuestaria:** Está pendiente en 2012 la nueva contratación del servicio de los Centros de Rehabilitación Psicosocial para la gestión por parte de entidades privadas en Castilla y León. Todavía no se conocen los nuevos presupuestos. La demanda de atención de personas va en aumento pero las consejerías no aumentan el número de plazas, de modo que tampoco aumenta la dotación presupuestaria. Este 2012 se prevé que, en el nuevo contrato de los Centros de Rehabilitación Psicosocial con entidades privadas que los gestionen, haya una reducción del 5% en la dotación presupuestaria. El resto de recursos, tanto sociales como sanitarios, contratados con entidades privadas, no han sufrido una disminución presupuestaria en sus actuales contratos con entidades privadas.*

Señalar tres riesgos en la Comunidad Autónoma que afecten de forma directa al sistema de atención de RPS

1- Previsión de disminución de la dotación presupuestaria en las nuevas contrataciones de servicios.

- 2- Las necesidades de atención en la población aumentan, pero no aumenta el número de plazas de los recursos.
- 3- Las subvenciones se han visto reducidas y muchas de ellas eliminadas, lo que limita la puesta en marcha de programas nuevos e innovadores”.

CATALUÑA:

—La Generalitat financia las acciones mediante subvención, éstas son discontinuas en el tiempo lo que crea una gran fragilidad. Destacan las acciones de Itinerarios de Inserción (que contemplan todo el proceso: desde la orientación laboral inicial hasta el mantenimiento en el lugar de trabajo) y el Trabajo con apoyo (centrado en la preparación y adaptación en el puesto de trabajo). Aunque todavía no se conocen datos definitivos en el 2012 se ha dado un importante recorte en dichas políticas. Ello afecta especialmente a las acciones de Itinerarios de Inserción y Empleo con Apoyo (en torno al 50%), y a los Centros Especiales de Empleo (la subvención del 75% del SMI que se aplicaba en los últimos años pasa a ser del 53%).

La desaparición para el ejercicio de los Planes de Ocupación también afectará ya que era una vía de colocación de personas con especiales dificultades de inserción laboral.

A nivel general se está dando un cambio importante en las Políticas de Empleo, donde los Servicios de Empleo dejaran de tener la exclusividad en la intermediación laboral y se abre paso a las Agencias de Colocación.

A nivel laboral no hay programas específicos de SM, sino vinculados a discapacidad.

Los Servicios de Rehabilitación Comunitarios sanitarios han sufrido una reducción de tarifas de alrededor del 7%. Los Servicios Prelaborales y Clubs Sociales del 2%. Los dispositivos residenciales han aumentado un 1% el copago ya existente.

Señalar tres riesgos en la Comunidad Autónoma que afecten de forma directa al sistema de atención de RPS:

1-La red de servicios existentes para inserción laboral (basadas en entidades colaboradoras) está en grave riesgo de supervivencia.

A nivel de Políticas Activas de Ocupación el colectivo está quedando muy relegado. No queda claro cuál será el papel de las Agencias de Colocación (que harán énfasis en la contratación rápida de personas receptoras de subsidios de desempleo)

2- Los servicios específicos para salud mental del Dep. de Benestar son en régimen de subvención. Esto hace que estén sujetos a dotación presupuestaria y no tengan garantías de continuidad legal, como si tienen los servicios sanitarios. Esta situación, aunque solo sea los retrasos reiterados en los pagos, puede hacer inviables a las entidades más pequeñas.

3- El Programa de Suport a l'autonomia a la Llar (programa de soporte domiciliario para personas con discapacidad que había permitido la

intervención domiciliar especializada en SM) está bloqueado por falta de presupuesto. Su continuidad parece improbable y puede que se relegue a los servicios sociales generalistas”.

EXTREMADURA:

—Dotación presupuestaria: Ya hemos indicado el descenso del 33% en la dotación presupuestaria de uno de los Programas de Integración Laboral. La dotación destinada a conciertos para el mantenimiento de los centros Residenciales de Rehabilitación. Al estar vigentes aún los citados conciertos, no se ha visto alterada.

Concierto con el Ayuntamiento de Mérida para el Programa de Rehabilitación Laboral. Reducción del 33%.

Señalar tres riesgos en la Comunidad Autónoma que afecten de forma directa al sistema de atención de RPS

- 1.- Posible riesgo de pérdida de estructuras consolidadas de participación y coordinación de los profesionales*
- 2.- Riesgo de fractura entre la red social y sanitaria, al no estar activas las estructuras de coordinación entre ambos sistemas a varios niveles.*
- 3.- Riesgo de desaparición progresiva de los perfiles de acceso a los servicios y que acabe redundando en una alteración del diseño y funcionamiento de los mismos”.*

PAÍS VASCO Y NAVARRA:

—Hasta la fecha de hoy se puede decir que en la CAV a nivel de presupuesto público no se aprecia de forma importante el recorte presupuestario. No ha habido más reducción que el área de personal que nos ha venido dado a nivel estatal.

En Navarra es notoria la reducción de presupuesto. Se han reducido en un 30% las subvenciones, además de las medidas que se están tomando para recortar el gasto de personal.

En relación con nuestro grupo de atención no percibimos cambios importantes, a pesar de que Lantegi Batuak, que tradicionalmente ha trabajado con la discapacidad psíquica, y se abría hacia la enfermedad mental, ha vuelto a cerrar filas. Varias de estas empresas han iniciado un ERE”.

Según el defensor del pueblo vasco:

—Se estima que sólo entre un 10–15% de las personas con enfermedad mental grave tiene un trabajo regular y que la tasa de inactividad de este colectivo

puede llegar a alcanzar el 70% frente al 40% correspondiente a la población general. Ello, unido a las dificultades para mantener un puesto de trabajo, la baja cualificación de los empleos, en su mayoría protegidos, y las condiciones de precariedad en que se desarrollan, obstaculiza notablemente el proceso de ajuste e integración social”

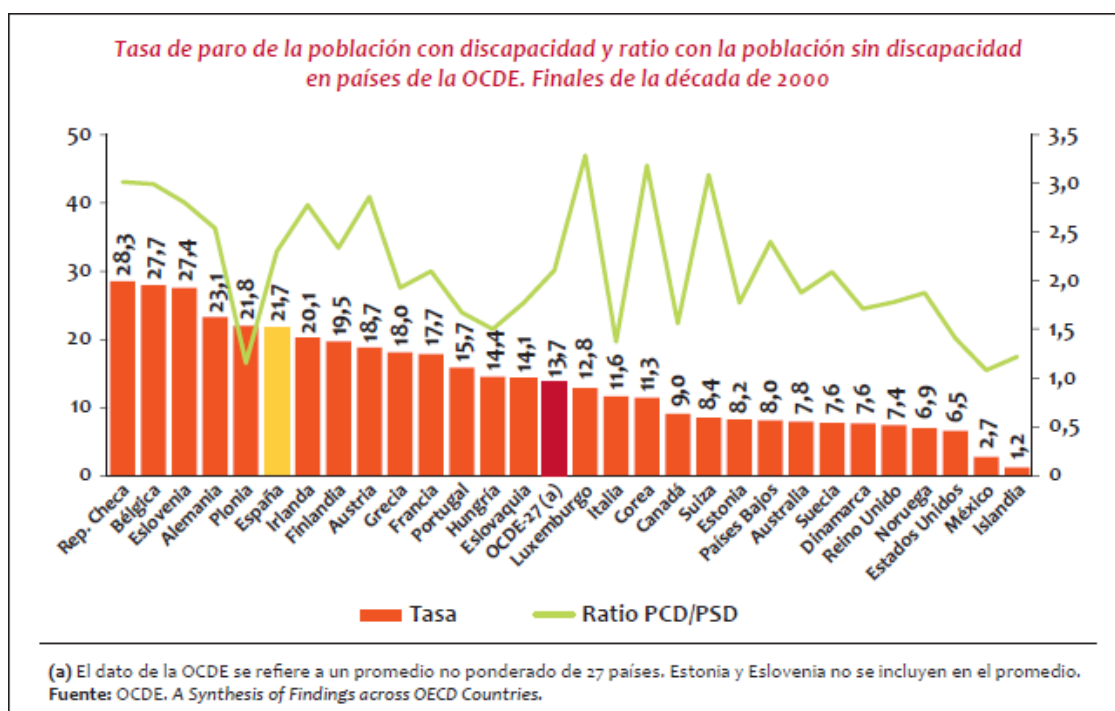
(Lamarca, 2009: 35).

Tal y como hemos podido comprobar en este informe 2012: “Valoración por comunidades del impacto de la crisis económica en la atención de rehabilitación psicosocial RPS” elaborado por el Observatorio de Rehabilitación Psicosocial de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial, el cual hace alusión a 10 CC.AA, quedando por tanto 7 de ellas fuera de este análisis (Castilla-La Mancha, Andalucía, Galicia, Murcia, Valencia, la Rioja e Islas Baleares), únicamente 2 CC.AA, como son el País Vasco y la Comunidad de Madrid no han visto reducido ni el presupuesto ni el número de plazas en el periodo de investigación, lo que da cuenta a nivel autonómico del delicado momento en que se encuentra este recurso.

Dejando a un lado la comparativa entre los diferentes modelos de intervención en rehabilitación laboral, nos adentraremos ahora en los datos de desempleo y contratación registrados de las personas con discapacidad ofrecidos por el Observatorio Regional de Empleo de la Comunidad de Madrid, para tratar de ver en qué medida la crisis ha podido afectar a nuestro colectivo:

DESEMPLEO REGISTRADO: COMPARATIVA DATOS GLOBALES NIVEL INTERNACIONAL, NIVEL NACIONAL y COMUNIDAD DE MADRID:

Según el informe de la OCDE: “Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. *A Synthesis of Findings across OECD Countries*” que computa datos de finales de la década de 2000, España presenta una tasa de paro global de la población con discapacidad del 21,7% (en 2012 asciende al 33,1%). Nuestro país presenta la quinta mayor tasa de los 27 países analizados, tasa sólo superada por República Checa, Bélgica, Eslovenia, Alemania y Polonia.



Fuente: ODISMET. Fundación ONCE

Según el informe: “El empleo de las personas con discapacidad. 2012” realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE), la tasa de paro de las personas con enfermedad mental asciende al 47,2%, tasa sólo superada por el colectivo de personas con discapacidad intelectual (48,8%). El resto de discapacidades presenta tasas mucho inferiores a éstas: Visual (21,7%), Física y otras (28,7%) y Auditiva (29,4%).

Según el Observatorio Regional de Empleo de la Comunidad de Madrid, a Junio de 2013, el 2,33% del total de desempleados registrados en las oficinas de empleo presenta algún tipo de discapacidad (12.734 personas con discapacidad).

Según esta misma fuente, el desempleo registrado de este colectivo no ha dejado de subir desde 2006, dándose las variaciones anuales más acuciadas desde 2009 hasta 2012, y siendo este último año el peor con una subida interanual de 2.196 personas. En 2007 ascendió en 449 personas y en 2008 en 1.199, pero a partir de ese año y hasta 2012 la subida es de poco más de 1.500 personas año (1.558 en 2009, 1.569 en 2010 y 1.563 en 2011 respectivamente).

La media anual de desempleo registrado de personas con discapacidad ha ido en aumento en este tiempo: 6.132 en 2009, 7.799 en 2010, 9.155 en 2011 y 10.970 en 2012.

El perfil del desempleo registrado en este colectivo es el siguiente:

- Las discapacidades psíquicas (entre las que se encuentran la enfermedad mental) representan el 23,97% del total (1.682 hombres y 1.370 mujeres), siendo las físicas las que se encuentran a la cabeza con un 61, 26%.
- El paro es mayor en el caso de los hombres que de las mujeres en el caso de las discapacidades psíquicas, siendo prácticamente parejo el peso porcentual en el total de discapacidades (50,48% mujeres y 49, 52% para los hombres).
- Por grupos de edad, afecta más al grupo de 30-54 años.
- Según nivel académico, afecta en un 60,16% a quienes tienen estudios secundarios. Sin embargo y muy a tener en cuenta, en el caso de las personas con discapacidad que tienen estudios superiores sostienen un peso porcentual del 7,55%, casi la mitad del porcentaje que representa este grupo en las cifras globales de paro (superior al 13%). En el caso de los universitarios de segundo y tercer ciclo se ha experimentado un descenso, aunque suave, del desempleo.
- El 76,46% del desempleo de las personas con discapacidad se sitúa en el sector servicios.

CONTRATOS REGISTRADOS: COMPARATIVA DATOS GLOBALES NIVEL NACIONAL, COMUNIDAD DE MADRID Y DATOS CRL.

En cuanto a la contratación, esta misma fuente arroja datos algo más esperanzadores, ya que las cifras de contratación interanual en el periodo 2006-2013 no establece grandes diferencias, salvo en los años 2008 en el que se firmaron 113 contratos menos (-19,28%) y en 2012 y 2013, como consecuencia de la agudización de la crisis en el que se han firmado 50 contratos menos que en 2011 (-7,08) y 42 contratos menos que en 2012 (-5,56%) respectivamente.

En el resto de ejercicios la contratación sube ligeramente: 64 contratos más en 2007 (12,26%), 56 en 2009 (11,84%), 150 en 2010 (mejor dato de la serie, con un 28,36% de subida) y 27 en 2011 (3,98%).

La contratación entre personas con discapacidad sube en los meses de julio, septiembre, octubre, marzo, abril y mayo y desciende en el resto de meses, con especial incidencia en agosto y a partir de noviembre.

TABLA 12. CONTRATOS REGISTRADOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD COMUNIDAD DE MADRID (ACUMULADO ANUAL)

COMUNIDAD DE MADRID	2009	2010	2011	2012	2013	I.P
TOTAL CONTRATOS	1.660.357	1.714.722	1.727.207	17.121.191	1.671.052	0,64%
PERSONAS CON DISCAPACIDAD	5.370	6.858	8.210	9.143	9.632	79,37%
PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL (DATOS CRL)	410	507	619	602	632	54,15%

Fuente: Elaboración propia a partir de INE y Datos Red de Atención a PEM

TABLA 13. CONTRATOS REGISTRADOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD TOTAL NACIONAL (ACUMULADO ANUAL)

ESPAÑA	2009	2010	2011	2012	2013	I.P
TOTAL CONTRATOS	14.021.837	14.417.150	14.436.232	14.240.991	14.792.614	5,50%
PERSONAS CON DISCAPACIDAD	78.323	84.135	84.311	77.635	86.553	10,51%

Fuente: Elaboración propia a partir de INE

El acumulado anual de contratación registrada en la Comunidad de Madrid ha ido en aumento en este tiempo: 5.370 en 2009, 6.858 en 2010, 8.210 en 2011, 9.143 en 2012 y 9.632 en 2013, al igual que ha ocurrido con la contratación registrada en el total nacional, con un incremento en este periodo de más del 10%.

El perfil de contratación para el total de la Comunidad de Madrid es el siguiente:

- El 18,48% pertenece a contratos indefinidos, siendo superior la media en el caso de los empleos creados por los CRL, que se sitúa en el 25,26%, habiendo experimentado una subida porcentual este tipo de contratación del 1,74% en el periodo 2008-2012.
- El mayor volumen se registra en el grupo de edad 30-54.
- El 45,94% de los contratos se ha realizado a personas con estudios secundarios.
- El 95,24% de los contratos firmados se ubican en el sector servicios.

La comparativa en relación a la contratación registrada, arroja cifras claramente favorables a favor del colectivo de personas con discapacidad en general y del colectivo de personas con enfermedad mental, que han conseguido un empleo gracias a los procesos de rehabilitación de los CRL, así en el caso del total de personas con discapacidad en la Comunidad de Madrid, el incremento porcentual del periodo es de un 79,37% (siendo para el total nacional, como hemos comentado anteriormente, del 10,51%). El incremento en los CRL para el mismo periodo es de un 54,15%. Sin embargo, tanto en la contratación registrada del total nacional como en la del total regional, observamos cifras muy inferiores, ya que en el total nacional el incremento es de un leve 5,50% y en la Comunidad de Madrid de tan solo el 0,64%.

En este punto, no debemos olvidar la idiosincrasia del colectivo de personas con enfermedad mental y sus dificultades en la consecución de un empleo, limitaciones que probablemente otros tipos de discapacidad no tengan en la misma medida, por ejemplo personas con ligeras discapacidades físicas.

Es posible admitir que casi el 7% (en concreto un 6,93%, resultado del cociente entre las 634 personas con enfermedad mental insertadas por los CRL en el mercado de trabajo sobre el dato global de 9143 personas con discapacidad contratadas) del total de integraciones laborales que se producen en la Comunidad de Madrid para personas con discapacidad son gracias a los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL), porcentaje de inserción de un recurso que sólo atiende a personas con enfermedad mental (quienes representan en torno al 13% del total de personas con discapacidad).

Dada la inexistencia del dato global sobre contratación registrada para personas con enfermedad mental en la Comunidad de Madrid (los datos existentes no discriminan por tipo de discapacidad), únicamente podríamos acercarnos a una hipotética cifra estimando el número de personas con enfermedad mental sobre el total del colectivo de personas con discapacidad (como hemos señalado, es del 13%), de este modo podríamos estimar que 1.189 contratos podrían suscribirse con personas con enfermedad mental. Si el último dato de personas insertadas en los CRL en 2012 es de 634, podríamos estimar que el 53,32% de los contratos que son firmados anualmente en la Comunidad de Madrid por personas con enfermedad mental grave, se harían gracias a los procesos de rehabilitación laboral realizados por los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL).

Hemos de considerar que los Centros Especiales de Empleo (otro importante recurso de la gran red para personas con discapacidad) ascienden, en el total acumulado de 2012, al 69,48% del total de contratos. Cuestión que viene a confirmar la gran importancia que tienen los recursos específicos para este colectivo y, que de no ser por ellos, lastraría en gran medida la inserción socio-laboral de las personas con discapacidad por enfermedad mental.

**TABLA 14. RESUMEN DATOS DE INSERCIÓN LABORAL DE LOS
CENTROS DE REHABILITACIÓN LABORAL DE PERSONAS CON
ENFERMEDAD MENTAL PERIODO 2003-2012**

AÑO	TOTAL PERSONAS ATENDIDAS EN LOS CRL	Nº PERSONAS INSERTADAS	% INSERCIÓN (PERSONAS)
2003	258	115	44,57%
2004	422	168	39,81%
2005	515	251	48,74%
2006	525	266	50,67%
2007	728	322	44,23%
2008	977	401	41,04%
2009	1.104	410	37,13%
2010	1.137	507	44,59%
2011	1.260	619	49,12%
2012	1.313	602	45,85%
2013	1.330	631	47,44%
INCREMENTO PORCENTUAL	415,50%	448,70%	MEDIA: 44,83%

Durante el periodo analizado (2008-2012) la tasa de inserción asciende en casi 5 puntos porcentuales (+ 4,81%), pasando del 41,08% de las personas atendidas en 2008 al 45,85% en 2012. Se trata de la tercera mejor cifra desde 2003, aún contando con las consecuencias de la crisis económica en este colectivo. A cierre de 2013, la tasa de inserción asciende en algo más de un punto porcentual hasta situarse en el 47,4%.

La puntuación media de todo el periodo es de casi el 45%. Como podemos observar en la tabla siguiente y en los resultados de la investigación cuantitativa analizados en el capítulo 7, la tasas de inserción varían considerablemente entre los 16 Centros

estudiados, así las tasas de Pedrezuela, San Blas y Fuencarral suelen ser históricamente más altas que la media, mientras que Usera, Aranjuez y Alcorcón presentan tasas más bajas que la puntuación media.

Cabe citar en este punto, que la tasa de empleo, según datos de la base “El Empleo de las personas con discapacidad” elaborados por el Instituto Nacional de Estadística (utilizando información derivada de una integración de los datos estadísticos proporcionados por la Encuesta de Población Activa con los datos administrativos de la Base de Datos Estatal de Personas con Discapacidad) es, de media en el periodo 2008-2012, del 14,4%. Se trata de la tasa de empleo más baja de las registradas en el total de discapacidades, incluso por debajo de la tasa de empleo de las personas con discapacidad intelectual (del 17,1% en 2012) lo que da cuenta de la situación actual con respecto al empleo de este colectivo y del mérito de estas políticas.

Para finalizar este capítulo, y revisando la cuarta hipótesis planteada en esta investigación (Apartado 1.3), podemos concluir que, si bien, como hemos señalado, la crisis económica ha afectado a la inmensa mayoría de Comunidades Autónomas, el impacto no se ha producido en la misma medida en la Comunidad de Madrid, que ha conseguido mantener el presupuesto dedicado a este recurso, con lo que no se ha producido recorte alguno en el número de plazas en los Centros de Rehabilitación Laboral, así como tampoco en el número de profesionales que componen los equipos de trabajo.

8. MODELOS DE INTERVENCIÓN Y PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA REHABILITACIÓN LABORAL

Antes de desplegar las conclusiones obtenidas en esta tesis doctoral, debemos detenernos en analizar dos de los escasos estudios más destacados que existen en la actualidad a nivel mundial que contienen información relevante para ayudarnos a identificar algunos de los factores que inciden en la inserción sociolaboral de las personas con enfermedad mental grave y duradera:

El primero de ellos hace referencia a los dos modelos de intervención en rehabilitación laboral con personas con enfermedad mental: “primero entrena y después coloca” y “primero coloca y después entrena”, a través de un ensayo aleatorio realizado por Burns T. y Otros.

En el segundo caso, analizaremos en qué medida el recurso analizado (CRL en la Comunidad de Madrid) garantiza los principios fundamentales de la rehabilitación laboral, establecidos por los autores *Cook, JA; Razzano, L* (2000).

Por lo tanto, es propósito de este capítulo analizar por un lado cual o cuales son los modelos de intervención en rehabilitación laboral para personas con enfermedad mental grave más pertinentes, y por otro identificar en qué medida nuestro recurso objeto de estudio (CRL de la Comunidad de Madrid) cumple con los principios fundamentales de la rehabilitación laboral.

MODELOS DE INTERVENCIÓN

Como hemos señalado, según la literatura sobre rehabilitación laboral, existen dos modelos de intervención claramente diferentes: el modelo “primero entrena y después coloca” y el modelo “primero coloca y después entrena”. Para el estudio de ambos modelos nos hemos centrado en el documento: “La Eficacia del Empleo con Apoyo para personas con Trastorno Mental Grave: un ensayo aleatorio”, realizado por *Burns T, Catty J, Becker Th, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, Lauber Ch, Rössler W, Tomov T, Van Busschbach, White S, Wiersma D* (para el grupo EQOLISE) (2007).

La primera lección de este estudio, realizado entre 2003 y 2005, es la existencia de una enorme discrepancia entre el modelo europeo, donde existe un mayor peso relativo del llamado “empleo protegido”, y el modelo anglosajón, en el que impera un mayor peso porcentual del “empleo ordinario” a través del empleo con apoyo.

Según La Asociación Española de Empleo con Apoyo (AESE), el Empleo con Apoyo consiste en un conjunto de servicios y acciones centradas en la persona, fundamentalmente de forma individualiza, para que la persona con discapacidad y con especiales dificultades pueda acceder, mantenerse y promocionarse en una empresa ordinaria en el mercado de trabajo abierto, con el apoyo de profesionales y otros tipos de ayuda.

No debemos caer en un análisis simplista y pensar que en la rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental en España no se estén realizando acciones de empleo con apoyo. Aunque en mucha menor medida que en el modelo anglosajón (denominado Individual Placement and Support). Los CRL realizan acciones de este tipo, sobre todo desde 2003 a raíz de la experiencia pionera de introducir en los equipos de trabajo, la figura del preparador laboral. Dicho profesional y el equipo multidisciplinar, no sólo basan su trabajo en las preferencias del paciente, sino también en la evaluación previa de sus capacidades. En consecuencia, podríamos hablar de una variante de empleo con apoyo, pero basado en el modelo “primero entrena y después coloca”, con lo que no podemos hablar de empleo con apoyo en sentido puro, sino en una modalidad mixta que combina empleo ordinario con empleo protegido. Aunque, podemos constatar que todas las CC.AA trabajan bajo el modelo “primero entrena y después coloca” en el caso de los CRL se adopta una perspectiva mixta.

Aparte de la existencia de estos dos modelos pretendidamente antagónicos en la concepción de la creación de empleo con personas con enfermedad mental, en este mismo estudio se apunta a que el desempleo en personas con trastornos mentales es muy elevado, con tasas de más del 95% en aquellos con trastorno mental grave (Burns, T, 2007: 121). Según la Federación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) el 80% de las personas con enfermedad mental están desempleadas.

Para contrastar esta información, se ha consultado el informe del INE “El empleo de las personas con discapacidad (2008-2012)”. Dicho informe no desagrega para todo el

periodo el dato de tasa de desempleo hasta el nivel del tipo de discapacidad, únicamente podemos disponer del dato de tasa de paro por tipo de discapacidad (enfermedad mental) en 2012, el cual indica que este porcentaje es del 47,2% (aunque hemos de considerar que se incluyen a todas las personas con trastornos mentales, sean o no graves).

Esta tasa representa casi el doble de la media de la tasa de desempleo para el global de personas con discapacidad en el periodo 2008-2012 (24,3%) y más de 14 puntos porcentuales si comparamos ambas tasas en el año 2012 (33,1% para el total de personas con discapacidad, respecto a 47,2% para el colectivo de personas con enfermedad mental). Respecto al total de población (sin discapacidad), la tasa de paro de las personas con enfermedad mental es más de 21 puntos porcentuales superior en el ejercicio 2012.

Si analizamos las otras dos tasas, la tasa de empleo y la tasa de actividad del colectivo de personas con enfermedad mental, podemos comprobar como sus puntuaciones son llamativamente bajas, ya que en ambos casos, las tasas muestran más de 11 puntos porcentuales por debajo de la media del conjunto de personas con discapacidad, y en el caso de la tasa de empleo, la de este colectivo es más de 50 puntos porcentuales inferior a la media del conjunto de la población en edad laboral (teniendo en cuenta que ambas tasas para el total del población ascienden, de media, para el periodo 2008-2012 al 61,3% y 75,9%, respectivamente).

TABLA 15. TASAS DE EMPLEO, DESEMPLEO Y ACTIVIDAD PARA TOTAL POBLACIÓN (2008-2012)

	2008	2009	2010	2011	2012	MEDIA
Tasa actividad	74,9	75,4	75,9	76,4	77	75,9
Tasa de empleo	66,4	61,8	60,6	59,8	57,8	61,3
Tasa de paro	11,3	18,0	20,1	21,5	26,02	19,4

Fuente: Elaboración propia a partir de “El empleo de las personas con discapacidad 2008-2012” (INE)

TABLA 16. TASAS DE EMPLEO, DESEMPLEO Y ACTIVIDAD PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD (2008-2012)

	2008	2009	2010	2011	2012	MEDIA
Tasa actividad	33,4	36,2	36,2	36,6	36,6	35,8
Tasa de empleo	28	28,3	27,7	26,7	24,5	27
Tasa de paro	16,3	21,8	23,3	26,9	33,1	24,3

Fuente: Elaboración propia a partir de “El empleo de las personas con discapacidad 2008-2012” (INE)

TABLA 17. TASAS DE EMPLEO, DESEMPLEO Y ACTIVIDAD PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL (2008-2012)

	2008	2009	2010	2011	2012	MEDIA
Tasa actividad	20	26,1	25	25,5	27,1	24,7
Tasa de empleo	14,5	15,9	16,3	15,4	14,3	15,3
Tasa de paro					47,2	

Fuente: Elaboración propia a partir de “El empleo de las personas con discapacidad 2008-2012” (INE)

En este mismo informe se admite que *la rehabilitación tradicional, cada vez más orientada a un modelo —entrena y coloca*” ha mostrado carencias relacionadas con la enfermedad y con el entrenamiento en habilidades laborales para preparar a los pacientes para su regreso al empleo. Este enfoque sigue siendo el más seguido pero ha contado con poco éxito, y muchos pacientes sólo encuentran —empleo” en talleres protegidos.

Si observamos los datos contenidos en las memorias de los 16 CRL analizados para esta investigación, podemos revelar la evidencia empírica que pone en duda esta afirmación, ya que, de media, según datos de 2013, solamente el 16,45% de los empleos creados por los CRL han sido dentro de la propia red (104 de un total de 632 empleos), lo que da cuenta de la escasa dependencia del empleo generado en entornos protegidos propios y, por tanto, podemos afirmar que existe un pequeño porcentaje, muy poco significativo, de empleo protegido.

Pero el dato que mejor corrobora nuestra posición es que el 47,84% de las personas que encuentran trabajo por intermediación de los CRL lo hacen en empresas ordinarias, mientras que el 47,61% de los empleos creados se producen en empresas protegidas (el 4,55% restante lo hacen en actividades marginales), es decir, en los denominados Centros Especiales de Empleo.

Siguiendo con el análisis de afirmaciones realizadas en este informe, se dice textualmente que:

“Las experiencias en EEUU enfatizan la colocación directa, a menudo en empleos de entrada de nivel básico, acompañado de apoyo tanto para el paciente como para el empleador. Este modelo es denominado —eoloca y luego entrena”. El enfoque más ampliamente estudiado del —eoloca y luego entrena” o —empleo con apoyo” es el modelo IPS (Individual Placement and Support), que enfatiza una búsqueda rápida de empleo sobre la base de las preferencias del paciente y un apoyo continuado al este y al empleador por parte de un

técnico de empleo que trabaja como un miembro más del Servicio de Salud Mental contribuyendo al tratamiento, la planificación y la toma de decisiones. Los resultados de varios estudios aleatorios y de 2 meta-análisis han demostrado la eficacia del programa en los EE.UU, donde esta intervención es recomendada como PBE (Práctica Basada en la Evidencia)”.

Quizá en este punto sea necesario preguntarse si existen programas de diagnóstico precoz de la enfermedad mental en EE.UU, ya que podemos afirmar que la primera justificación del modelo “Primero entrena y después coloca” es el diagnóstico tardío que reciben las personas atendidas en los Centros de Salud Mental que después les derivan a los CRL, por ello se hace tan importante no sólo encarar su rehabilitación laboral, sino también su recuperación psicológica y social a través del itinerario individualizado de inserción sociolaboral.

Otra cuestión que podemos afirmar en relación al texto anteriormente citado, es que los CRL también trabajan sobre la base de las preferencias de la persona atendida, así como el apoyo continuado que puede recibir por parte de su preparador laboral. Sin embargo, una diferencia del modelo CRL respecto al modelo IPS de EE.UU es que nuestro profesional (preparador laboral) no trabaja en el servicio de salud mental, sino en los Centros de Rehabilitación Laboral, con lo que se pone de manifiesto la existencia de un dispositivo especial en el que trabaja un equipo multidisciplinar de 7 personas, en lugar de incorporar a un técnico de empleo al equipo de salud mental, esto nos podría inducir a pensar que el modelo IPS tiene un enfoque más clínico.

Para entender mejor las características de este modelo, vamos a detenernos en el contenido de dicho estudio. A continuación, ofrecemos de forma sintética, información relevante en cuanto al diseño, resultados y elementos de discusión del modelo IPS. Por último, ofrecemos unas conclusiones/enseñanzas obtenidas mediante el análisis de ambas estrategias:

Introducción

En dicho estudio se explica la existencia de otras investigaciones sobre el tema, así como las diferencias básicas entre ambos modelos:

—Existen casi 20 estudios experimentales y cuasi-experimentales sobre IPS. Varios de estos estudios investigaron intervenciones combinadas (por ejemplo, IPS y Tratamiento Asertivo en la Comunidad) o examinaron aspectos concretos de la intervención (tales como el grado de integración de servicios, equipos y agentes individuales). Los resultados de los ensayos clínicos han mostrado que tasas de inserción en empleo competitivo en el mercado laboral normalizado para los participantes en el modelo IPS fueron incluso el doble, y la aplicación a gran escala en 8 centros con empleo con apoyo y servicios utilizados como control indicaron el mismo grado de eficacia clínica. Europa difiere bastante de EEUU en sus prácticas de empleo (empleo protegido en Europa comparado con una cultura más “agresiva” en el empleo estadounidense) y en sostener más generosos sistemas de bienestar. Tales sistemas pueden convertirse en un arma de doble filo, pueden ser percibidos como un desincentivo financiero para el retorno al mercado de trabajo – por ejemplo, pérdida de ayudas para la vivienda o pensiones por discapacidad. Las diferencias entre ambos mercados de trabajo y sistemas de bienestar podrían reducir la eficacia demostrada por el IPS. Más aún, los sistemas de bienestar y los mercados de trabajo varían considerablemente en la propia Europa, y existen grandes diferencias en sus tasas de desempleo”.

Diseño del Estudio

En cuanto al diseño del estudio, las características principales del mismo fueron:

- Se realizó un ensayo aleatorio en 6 centros europeos – Londres (Reino Unido), Ulm- Guezburg (Alemania), Rímini (Italia), Zurich (Suiza), Groningen (Holanda) y Sofía (Bulgaria).
- Los pacientes eran incluidos si:
 - i. Tenían diagnóstico de Trastorno Mental Grave (trastorno psicótico, incluyendo Trastorno Bipolar),
 - ii. Su edad estaba comprendida entre los 18 años y la edad de jubilación del país (60-65 años),
 - iii. Habían tenido la enfermedad al menos durante 2 años,
 - iv. Vivían en la comunidad en el momento de establecer la línea base,
 - v. No habían tenido ningún empleo competitivo en el año anterior, y deseaban tenerlo.

- Fueron asignados aleatoriamente a la condición IPS o a la condición de control (servicio laboral al uso). Dado que la influencia del sexo y de la historia laboral previa debía ser considerada en los resultados laborales, la asignación al servicio fue estratificada por centro, sexo, e historia laboral (más o menos de 1 mes en empleo competitivo en los 5 años anteriores a la línea base).
- El reclutamiento tuvo lugar entre el 1 de abril de 2003 y el 30 de mayo de 2004, con un seguimiento que concluyó el 30 de noviembre de 2005.
- La aleatorización fue realizada mediante la aplicación MINIM (versión 1.5). Un investigador en cada centro reclutó a los pacientes y presentó sus datos al estadístico para la aleatorización, y los investigadores fueron informados de la asignación de los pacientes por correo electrónico.
- La secuencia de asignación fue oculta hasta que los servicios fueron asignados, aunque pacientes, profesionales e investigadores no podían desconocer la asignación realizada.
- La hipótesis principal era que los pacientes asignados a IPS tendrían más probabilidad de obtener un empleo en el mercado abierto que aquéllos otros asignados al grupo control.
- Las hipótesis secundarias eran que los primeros estarían más tiempo en el empleo que los asignados al grupo control, y que no pasarían más tiempo en el hospital.
- El resultado principal fue la diferencia encontrada en las proporciones de personas que accedieron al empleo competitivo (trabajando al menos 1 día) en cada tipo de servicio.
- Los resultados secundarios fueron el número de horas trabajadas, el número de días empleados, y el mantenimiento del empleo. Otros resultados secundarios incluían el abandono del servicio y los ingresos hospitalarios.
- Todos los análisis, aparte del correspondiente al mantenimiento del puesto, fueron realizados mediante un análisis por “intención de tratar” (intention-to-treat [ITT]) con la muestra completa y luego repetidos por cada centro de manera individual”

Resultados

- De estos pacientes, 252 (81%) completaron la entrevista final de seguimiento.
- Los datos del cuestionario de servicios laborales también confirmaron que el IPS y los servicios laborales en todos los centros diferían mucho en sus metas y su alcance, con los servicios laborales trabajando bajo un modelo “entrena y luego coloca”.
- En los 6 centros, el IPS fue más eficaz en todos los resultados laborales, con 85 (55%) pacientes asignados a IPS trabajando al menos 1 día en comparación con los 43 (28%) del grupo de los servicios laborales (diferencia 26,9% 16,4-37,4).
- Los pacientes asignados a IPS trabajaron durante más horas que los del grupo control durante los 18 meses del seguimiento, y estuvieron empleados durante más días. De aquellos que trabajaron al menos 1 día, los pacientes IPS mantuvieron sus puestos durante periodos más largos que los que fueron asignados a servicios laborales (214 días frente a 108 días).
- Los pacientes de servicios vocacionales tuvieron significativamente más probabilidad de abandono que los pacientes asignados a IPS. Y aquellos tuvieron también más probabilidad de ser ingresado durante el estudio, y estuvieron en el hospital de media dos veces más tiempo que los pacientes IPS.
- El IPS fue significativamente más eficaz que los servicios laborales en términos de resultados laborales en Londres (diferencia 32.0%, 7.7-56.3), Rímini (30.8%, 5.0-56.5), Zurich (38.5%, 16.7-60.2), y Sofía 40.7%, 17.1-64.4), aunque no hubo diferencia en el centro de Ulm (11.5%, -15.4 a 38.5) o Groningen (7.7%, -17.3 a 32.7).
- Sólo las tasas locales de desempleo explicaron una parte significativa de la heterogeneidad en cuanto a la eficacia del IPS ($Q=5.82$, $p=0.016$), mientras se incrementaba el PIB per cápita, la tasa de desempleo a largo plazo, y el riesgo de las pensiones-trampa (evaluadas por el técnico de empleo), se anotó una parte significativa de heterogeneidad en conseguir empleo al margen del servicio.

- Siempre que se estimaba que la pensión iba a ser más alta que el salario (es decir, existía un alto riesgo de pensión-trampa), esta circunstancia estuvo asociada con un bajo riesgo de diferencia (una medida de la eficacia del IPS). Un alto riesgo de pensión trampa estaba asociado con una baja tasa de conseguir empleo. El análisis de regresión logística confirmó esos hallazgos

Discusión

1. Este estudio muestra con claridad la eficacia del modelo IPS, dado que la tasa de obtener empleo competitivo en personas con Trastorno Mental Grave que estaban interesadas en trabajar se duplicó en comparación con la tasa habitual.
2. No sólo los pacientes asignados a IPS obtuvieron empleo competitivo con más frecuencia que los pacientes del grupo control, sino que además aquellos mantuvieron sus empleos durante más tiempo y trabajaron más horas.
3. Vimos que las altas tasas de empleo no tenían un efecto negativo sobre el bienestar clínico ni las recaídas, que habrían sido indicadas por un número creciente de ingresos psiquiátricos. Este resultado supone una confirmación para muchos clínicos, que tenían interés en conocer el posible efecto estresante que el trabajar en un entorno competitivo podía generar en sus pacientes. De hecho, el hallazgo de una reducida tasa de ingresos hospitalarios con IPS no es aportado en los estudios realizados en EEUU y puede relacionarse con un nivel habitualmente más elevado de integración de lo social y lo sanitario en Europa.
4. Hemos demostrado que el IPS es eficaz en Europa, a pesar de las grandes diferencias existentes en cuanto a economías y mercados laborales con respecto a los EEUU, donde se han realizado los estudios previos sobre IPS. Aunque la heterogeneidad del efecto del tamaño entre los 6 centros no fue estadísticamente significativa, se sabe que el test de heterogeneidad tiene escasa potencia, especialmente cuando el número de centros es pequeño como ocurre en el presente estudio. Era válido para explorar las fuentes de la heterogeneidad clínica.

5. A diferencia de los ensayos realizados en EEUU, nuestro estudio muestra que el contexto socioeconómico sí que afecta a la eficacia del IPS, especialmente las tasas de desempleo local, como ocurre en un estudio no aleatorio realizado en EEUU. Sofía y Rímini, que han tenido los servicios IPS más fructíferos, eran dos localidades donde la tasa de desempleo era sustancialmente más baja que la del resto del país. Los técnicos de empleo parecían más capaces de conseguir empleos para individuos con TMG en puestos no cualificados, de apoyo (almacén o catering), en el contexto de una economía local boyante. En general, más pacientes obtuvieron empleo cuando la economía del país crecía y la creación de empleo también era más alta que cuando la economía estaba en horas bajas.
6. Grandes bolsas de exclusión social se asociaban también con más pacientes que obtenían empleo; este hallazgo aparentemente extraño debía tener su origen en que esos países ofrecían menos apoyo al bienestar, de modo que se incentivaba mucho más obtener un empleo competitivo. Más aún, las pensiones-trampa (que podían percibirse como un elemento desmotivador real para volver al mercado de trabajo) demostraron ser un impedimento demostrable para el proceso de rehabilitación laboral en general en este grupo, aunque su asociación con el efecto tamaño del grupo IPS no fue significativo.

La evidencia acumulada para el IPS en Norte América, más nuestros hallazgos sobre su eficacia en mercados laborales y condiciones sociales muy diferentes, deberían confirmar que este servicio es un enfoque efectivo para la rehabilitación laboral en salud mental que necesita de inversión y más investigación.

CONCLUSIONES/ENSEÑANZAS DEL ESTUDIO:

Si bien consideramos la validez científica de este estudio, a pesar de estar basado en un escaso número de casos (312 asignados aleatoriamente sobre 903 que cumplían los requisitos) en relación a los CRL (1.032 personas atendidas, la totalidad de las personas que componen el recurso) podemos afirmar que el modelo IPS no obtendría los mismos resultados en España por diferentes motivos:

- El estigma social y el autoestigma de las personas con EMG (sacar a estas personas de su rol de enfermo).
- La actual tasa de desempleo (23,67% EPA III Trimestre de 2014).
- La inexistencia de un diagnóstico precoz de las enfermedades mentales. Según se ha puesto de manifiesto en la investigación cualitativa para esta tesis, el modelo “primero coloca y después entrena” sería más recomendable en personas jóvenes a quienes se les ha realizado este diagnóstico precoz.
- El modelo de bienestar mediterráneo de nuestro país, hace que la familia sea una institución básica en nuestro Estado de Bienestar, ello hace que en muchas ocasiones sea la propia familia quien limite la acción laboral de la persona, en ocasiones por puro proteccionismo y en ocasiones debido a la incompatibilidad de las pensiones percibidas y el desarrollo de un empleo.
- En muy contadas ocasiones, otra limitación puede venir derivada de la poca confianza del personal de los equipos de trabajo en las personas atendidas, sobre todo en las fases iniciales.

Es necesario apuntar que la totalidad de los modelos existentes en nuestro país, obedecen al modelo “entrena y después coloca”, con todo, en las fases más avanzadas del itinerario, la mayoría de estos modelos contemplan el recurso de empleo con apoyo, ya que en casi todas las CC.AA existen dispositivos (que no siempre centros) de rehabilitación social y laboral. De este modo, en ninguna de ellas encontramos ese itinerario invertido (más propio de recursos donde se aplica el “primero coloca y después entrena”), de forma que el empleo sea la primera fase y a partir de esta se desarrolla el entrenamiento pertinente para conseguir el mantenimiento de la persona en el puesto de trabajo. Como hemos apuntado, entre las causas que pueden explicar este fenómeno se encuentra el momento actual de crisis económica de nuestro país (como hemos visto el contexto socioeconómico y las tasas de desempleo si afectan a la implantación del modelo “coloca y después entrena” en Europa, y en mayor medida en España), el estigma social al que tiene que hacer frente el colectivo, así como la existencia de un sistema puramente conservador y proteccionista, en el que la familia en ocasiones puede jugar un papel inhibidor de la participación de estas personas en el mercado de trabajo.

De corregirse estas circunstancias, podríamos afirmar que este modelo sería probablemente extrapolable a nuestro país, si bien debería producirse primero un arduo trabajo en el diagnóstico precoz de las enfermedades mentales (cuestión que dudamos que se produzca en el modelo IPS), para después realizar una implantación gradual del mismo. Pero ello debe hacerse asegurando las condiciones laborales de las personas atendidas, para no incurrir en los mismos errores que el modelo “primero coloca y después entrena” presenta y que han sido indicados anteriormente.

En definitiva, debemos tener muy presente que, con las condiciones laborales existentes hoy en día en nuestro país en general y en la Comunidad de Madrid en particular, consideramos que mediante la práctica basada en la evidencia (con un volumen de casos 3,3 veces superior en el caso de los CRL en comparación con el modelo IPS) es posible probar la eficacia del modelo “primero entrena y después coloca” dada la tasa de inserción laboral conseguida por los CRL, y que es cercana al 50% de éxito (en concreto 47,8%), tasa tan sólo 7,2 puntos porcentuales inferior a la conseguida por el modelo IPS (55%) y todo ello con la existencia de unos factores externos identificados en este mismo estudio claramente desfavorables para el modelo “primero entrena y después coloca” propio del modelo CRL:

- Mayor Tasa de desempleo existente en España.
- Inferior renta per cápita disponible de las familias y mayor proteccionismo de las propias familias.
- Mayor riesgo de las “pensiones trampa” en un sistema de corte conservador.

Queremos concluir el primer bloque de este capítulo, señalando que nuestras recomendaciones van más allá de la apuesta por uno u otro modelo, sino más bien consideramos que deberían tenerse en cuenta aquellos aspectos positivos de ambos modelos buscando su complementariedad, y siempre considerando la necesidad de que son éstos los que deben adaptarse a la realidad de las personas, y no a la inversa.

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA REHABILITACIÓN LABORAL

El segundo apartado de este capítulo consiste en comprobar en qué medida el recurso analizado garantiza los principios fundamentales de la rehabilitación laboral, establecidos por Cook, JA; Razzano, L. en su artículo: “Rehabilitación Laboral para personas con esquizofrenia: investigaciones recientes e implicaciones en la práctica” (2000).

Para estos autores, deberíamos conseguir saber qué factores biológicos, interpersonales y sociales crean facilitadores vocacionales y fortalezas que han sido revisados en la investigación actual. También se preguntaron: ¿de qué manera podemos proporcionar servicios de rehabilitación laboral a un gran número de personas con esquizofrenia y hacerlo con más eficacia?. Los autores coinciden en que *“para contestar a estas cuestiones, la investigación con esta población debería incluir muestras mayores y más representativas y emplear controles a través del diseño de la investigación y/o de la manipulación estadística de las influencias de rasgos de la fuerza de trabajo como la etnia, el estatus social, el sexo y el nivel educativo”*.

También añaden que deberían incluirse medidas específicas de empleo remunerado como medidas de resultado, indicadores de la mano de obra como el salario, las horas y el mantenimiento del puesto.

Para ellos, *“los proveedores de servicio deberían centrar su interés y sus esfuerzos en conseguir el alivio de los síntomas y en proveer entrenamiento en habilidades sociales, mejora cognitiva, evaluación neuropsicológica y terapia de apoyo para conseguir que la persona esté preparada para trabajar y atajar la desmoralización”*. El uso de servicios laborales que han probado su adecuación en estudios con poblaciones heterogéneas en cuanto a diagnóstico puede ser especialmente útil. Trabajar con iguales puede facilitar un sentido de *empowerment personal* y puede ofrecer oportunidades a otros que han afrontado barreras parecidas y especialmente si además tienen esquizofrenia.

Podemos responder a estos autores demostrando que esta tesis doctoral aporta datos de 960 personas pertenecientes a 16 Centros de Rehabilitación Laboral de la Comunidad de Madrid, lo que supone el mayor volumen de datos de todos los análisis cuantitativos

consultados (Ver apartado de resultados laborales), que en la mayoría de los casos no llegaban a la centena, incluyendo algunas de las variables que estos autores proponen: sexo, nivel educativo, horario y mantenimiento del puesto a 31/12 de cada año natural.

Este artículo fue incluido en la revista Schizophrenia Bulletin, vol. 26, nº 1, publicada en el año 2000. Dicho artículo, que nos ofrece importantes evidencias empíricas, es resultado de una extensa revisión documental que cubre las más importantes publicaciones sobre la materia realizadas entre los años 1989 y 1999. En el mismo se analizan 6 principios fundamentales basados en investigaciones que los fundamentan.

Dichos principios son los siguientes:

- **El primer principio** es el uso de **evaluación situacional para las habilidades laborales y el potencial** (varios estudios correlacionales han encontrado que las puntuaciones procedentes de evaluaciones situacionales están relacionadas con empleo posterior según el análisis practicado).

En el caso de los CRL, tal y como hemos podido comprobar en el esquema de su itinerario de trabajo, la evaluación está presente, al menos en tres fases del proceso, una inicial, otra intermedia y otra final.

- **El segundo principio** implica **ofrecer a las personas empleo competitivo o con apoyo más que trabajo protegido o no remunerado** (varios estudios demostraron que los resultados de empleo fueron significativamente mejores para personas con discapacidades severas, incluyendo personas con enfermedad mental y retraso mental, cuando las personas se rehabilitaban por medio de su inserción en puestos de trabajo de la comunidad retribuidos igual o por encima del salario mínimo en entornos normales).

Sólo el 13,72% de los empleos generados han sido dentro del plan, es decir, en relación con otros CRL, más del 80% del empleo es en el sector privado y como hemos comprobado, el empleo protegido generado es residual.

- **El tercer principio** implica una **colocación rápida en empleo comunitario y remunerado frente a estar supeditada a un periodo previo y extenso de formación** (varios estudios aleatorios encontraron que las personas de empleo con apoyo fueron insertadas inmediatamente, consiguieron mejores resultados: tasa más alta de empleo, más satisfacción, que aquellos otros que recibieron servicios pre-laborales antes de sus primeros empleos).

Éste es el único principio que no se cumple en los CRL, ya que su principal estrategia es la del “entrena y después coloca”, como hemos podido comprobar en el anterior apartado de este capítulo. Tal y como hemos apuntado, apenas existen experiencias en nuestro país sobre modelos de creación de empleo para personas con enfermedad mental que se rijan por el “primero coloca y después entrena” (en el País Vasco bajo la gestión de EHLABE, y en Andalucía a través de IDEA, S.L).

- **Un cuarto principio** implica la **disponibilidad de un seguimiento laboral continuo**, adecuado a las necesidades y situación particular de cada individuo (varios estudios realizados con personas que recibieron rehabilitación vocacional, predecían que la situación laboral durante un periodo de seguimiento de 6 meses, encontraron que el apoyo continuo era un valor significativamente importante incluso cuando se controlaban factores demográficos: edad, educación y etnia, historia laboral previa, grado de deterioro funcional, historia de hospitalización, tiempo en tratamiento y tipos de apoyo laboral recibidos).

Los CRL de la Comunidad de Madrid incorporan a su itinerario ya en su fase inicial el PIR-L (Plan individualizado de rehabilitación laboral), este plan individual acompaña al individuo en todo su proceso de recuperación laboral, y no sólo en el denominado empleo con apoyo (ya en las últimas fases del proceso), más propio de los partidarios del “coloca y después entrena”.

- **Otro principio** es **ajustar el desarrollo del puesto y el apoyo a las preferencias de cada persona**. Algunos de los estudios analizados encontraron que las personas analizados con TMG que consiguieron empleo dentro de sus áreas de preferencia, mantuvieron el puesto dos veces más que

aquellos otros que estaban empleados en áreas no preferidas. El primer grupo también consiguió niveles más elevados de satisfacción con el trabajo que los segundos).

Como tarea propia de la figura del TAIL (Técnico de apoyo a la inserción laboral), de los orientadores laborales, maestros de taller, etc., ya desde el inicio del proceso se persigue conocer y consensuar con el propio sujeto sus preferencias laborales de modo que estas se ajusten lo más perfectamente posible a los empleos a los que esta persona pueda optar en el futuro.

- Y finalmente, **el último principio** implica un **reconocimiento explícito y una planificación en relación a cómo los cambios en el estatus laboral de la persona pueden afectar a los ingresos relacionados con la discapacidad y con la cobertura sanitaria vigente** (varios estudios han demostrado que aquellas personas que recibían una pensión por su discapacidad de menos de 500 \$ al mes no tuvieron menos probabilidad de trabajar ni ganaron una cantidad menor de dinero que aquellos otros que no recibían ningún tipo de pensión. Incluso controlando el estado de la enfermedad, deterioro funcional, y predictores habituales como la etnia y el nivel educativo, las personas que percibían una pensión de más de 500 dólares al mes tuvieron una probabilidad significativamente menor de conseguir empleo y ganaron significativamente menos dinero que el resto de grupos elegibles. Curiosamente, no obstante, los veteranos con problemas psiquiátricos no tuvieron menos probabilidad de conseguir empleo que otros veteranos que tenían discapacidades físicas o no psiquiátricas).

En el 74% de los casos las personas se mantienen por ingresos económicos propios, y en la mayoría de éstos (10 de 16 centros analizados) provienen del salario percibido por su empleo.

Podemos afirmar, en definitiva, que todos estos principios se cumplen en los CRL, a excepción del tercero.

Para finalizar este capítulo, queremos expresar la importancia de ambos estudios y la aportación que las conclusiones obtenidas en esta tesis doctoral puede hacer en ambos casos:

En primer lugar, en relación a los modelos de rehabilitación laboral, reiteramos que mediante la práctica basada en la evidencia y con las condiciones laborales existentes hoy en día, también es posible probar la eficacia del modelo “primero entrena y después coloca” dada la tasa de inserción laboral conseguida. En todo caso, son los modelos los que deben adaptarse a la realidad de las personas y no a la inversa.

En relación a los principios de rehabilitación laboral, los Centros de Rehabilitación Laboral, trabajan en la consecución de los mismos, existiendo discrepancias únicamente en el tercero, debido a que en nuestro país impera el modelo “primero entrena y después coloca”.

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Antes de desarrollar las conclusiones y recomendaciones obtenidas mediante el análisis de la rehabilitación laboral para personas con enfermedad mental, queremos dejar constancia que este tipo de recursos serían aún más efectivos si existiese un mayor apoyo desde las políticas activas de empleo *ad hoc* para este colectivo, ello exige una mayor coordinación y trabajo en red entre las áreas de servicios sociales, salud y empleo.

La clave del éxito de estas políticas, girará en torno a la gestión estratégica de los recursos y de las estructuras necesarias para su puesta en marcha. Esta tesis aporta la evaluación en su conjunto, del modelo aplicado en la Comunidad de Madrid a través del estudio de caso de sus Centros de Rehabilitación Laboral.

En este sentido, la primera conclusión obtenida es que sin pretender negar la importancia de los análisis sobre predictores laborales de éxito en la rehabilitación laboral y considerando que este recurso debería ser objeto de profundos análisis cuantitativos al no existir consenso en la literatura científica sobre la materia (probablemente no existan estudios cuantitativos a nivel mundial sobre rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental grave, en los que se aporte un volumen de casos similar), y aunque los estudios publicados señalen, que la experiencia laboral previa puede tener un efecto positivo en la inserción laboral o que el diagnóstico psiquiátrico no predice la misma, la realidad nos muestra cada día, excepciones a la regla. Por eso, consideramos que las investigaciones en este campo deben servir para prevenir y actuar.

Dicho esto, este capítulo de conclusiones se estructura en varios apartados:

- El primer bloque responde con datos objetivos a las hipótesis de partida planteadas en el capítulo 1.3
- En el segundo bloque se exponen “Otras conclusiones” en relación al perfil-tipo de la población atendida por el recurso analizado.

- El tercer bloque establece las conclusiones y propuestas del análisis del recurso en la Comunidad de Madrid.
- El cuarto bloque indica las conclusiones y propuestas del recurso en relación a otras CC.AA, como consecuencia de análisis comparado realizado en el capítulo 5.4.4
- El quinto bloque ofrece conclusiones en relación a otros recursos.
- El sexto y último bloque, desarrolla una serie de propuestas y recomendaciones finales multinivel (Ámbitos nacional y autonómico) que establecen las líneas generales de una futura política de rehabilitación laboral

9.1 RESPUESTA A LAS HIPÓTESIS DE PARTIDA:

- **H1: Las altas tasas de inserción sociolaboral de los CRL de la Comunidad de Madrid (cerca al 50% del total de personas del servicio) son producto de la conjunción de varios factores:** el modelo de gestión del itinerario de inserción sociolaboral, la composición del equipo de trabajo, el liderazgo y vocación de los profesionales, la apuesta de la administración regional por el dispositivo, etc.

RESPUESTA: HIPÓTESIS VALIDADA

El éxito de este modelo de gestión, se explica por todos estos factores, como hemos podido comprobar a lo largo de esta investigación, y especialmente en el análisis comparativo de los diferentes recursos en las CC.AA por: a) la coordinación con salud mental en la derivación de casos, b) la gestión compartida con la persona de las diferentes fases del itinerario, c) la armonizada composición del equipo de trabajo (especialmente con la figura del Técnico de Apoyo a la Inserción Laboral), d) la apuesta de la Comunidad de Madrid al no reducir el presupuesto, e) el liderazgo de los técnicos de alto nivel y su coordinación con las direcciones generales y consejerías implicadas, son algunos de los factores que explican el éxito del modelo, que no es otro que conseguir una tasa de inserción cercana al 50%.

FACTORES DE ÉXITO DEL RECURSO:

- i. La **continuidad** del mismo (apuesta decidida de la Comunidad de Madrid)
- ii. La existencia de **equipos multiprofesionales** con funciones específicas en cada fase del itinerario.
- iii. La **visión integral** del recurso.
- iv. El **plazo** para conseguir su meta de **inserción laboral** lo marca **la persona** y no el itinerario/protocolo de atención.
- v. El **trabajo en red**.

Abundando en mayor medida en el primer factor de éxito (continuidad del recurso), consideramos que la apuesta de la Comunidad de Madrid por la rehabilitación laboral de las personas con enfermedad mental, obedece a una serie de circunstancias que favorecen este resultado, entre ellas destacamos: la ubicación del recurso en el ámbito de los servicios sociales (si bien debería establecerse una mayor conexión con el área de empleo); el liderazgo de los técnicos de alto nivel y su coordinación con las direcciones generales y consejerías implicadas, la alta competencia, vocación y motivación de los equipos profesionales, así como la fórmula de financiación a través del concierto (con unos pliegos que especifican al detalle las condiciones técnicas).

- **H2: Las condiciones de partida de las personas con enfermedad mental son determinantes** para alcanzar el logro de la inserción sociolaboral (estas condiciones varían según sea su nivel de funcionamiento, los ingresos económicos de los hogares, el estado civil, la experiencia laboral previa, el género y el nivel académico).

RESPUESTA: HIPÓTESIS PENDIENTE DE VALIDAR

A la vista del análisis cuantitativo realizado con los datos de las memorias de actividad, parece que las siguientes variables no son determinantes para lograr la inserción laboral: ingresos económicos de los hogares, estado civil, género y nivel académico. Sin embargo, no podemos aseverar lo mismo respecto al factor “nivel de funcionamiento”.

La mejor aproximación, la encontramos en el informe de evaluación del Plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera 2003-2007, desarrollado por investigadores de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (Sonia Panadero, Manuel Muñoz y Eloísa Pérez) en 2006. Dicho informe incorpora en la evaluación de resultados una serie de indicadores, entre los que se encuentran la satisfacción de las personas atendidas y el funcionamiento psicosocial. Si se ofrecen resultados del primero de los indicadores (ítem incorporado a las memorias de actividad de los CRL desde entonces) pero no así del segundo. En todo caso, compartimos las conclusiones al considerar que *“uno de los objetivos más importantes en un futuro próximo es el de poder contar con datos de seguimiento de los usuarios de los servicios que permitan obtener información sobre sus cambios en diferentes aspectos en función de las intervenciones seguidas”*.

En nuestro caso, con el análisis cualitativo y cuantitativo realizado parece que éste es otro de los factores decisivos, junto a la motivación de la persona hacia el empleo, las experiencias laborales previas y el apoyo familiar en ese proceso.

Con todo, queremos señalar que sería necesario un estudio de correlaciones exhaustivo para determinar el peso específico de cada variable o factor.

Como hemos visto a lo largo de este trabajo, la variable nivel de funcionamiento condiciona la inserción laboral, así como la percepción o no de pensiones y la experiencia laboral previa. Otras variables como el género, estado civil y el nivel académico no parecen influir tanto. En la segunda entrevista en profundidad realizada a Abelardo Rodríguez, Coordinador Técnico del recurso en la Comunidad de Madrid (realizada el 29/09/2014) él mismo señalaba que “un buen nivel de funcionamiento” es un factor favorecedor para la inserción laboral, pero en conjunción con otros, tales como la motivación, el apoyo familiar y las experiencias laborales previas.

FACTORES QUE FACILITAN LA INSERCIÓN LABORAL:

- Desde el recurso de los CRL se ha comprobado que los factores de éxito para la inserción laboral de las personas usuarias son:

- i. **Motivación** de la persona.

- ii. **Apoyo familiar** recibido.
- iii. **Experiencias laborales** previas.
- iv. **Buen nivel de funcionamiento** (habilidades y capacidades).

Todos estos aspectos son trabajados en los CRL, a excepción de las experiencias laborales previas. No obstante, se pulen las competencias adquiridas en el pasado y se adaptan las mismas, así como se adquieren otras nuevas a través de los diferentes programas en los que la persona participa.

Tal y como hemos podido comprobar en la investigación cualitativa realizada, algunos de estos mismos agentes podrían inhibir la inserción sociolaboral de las personas atendidas, a saber: no sólo la propia persona y la familia, sino también la sociedad y el propio equipo profesional. De modo que podríamos situar cuatro agentes claros en el proceso de rehabilitación laboral:

PERSONA	FAMILIA
SOCIEDAD - POLÍTICAS (Micro y Macro)	EQUIPOS PROFESIONALES (Salud Mental y CRL)

- **H3: La crisis está provocando un grave impacto** en el empleo, al haberse recortado el número de plazas en los Centros de Rehabilitación Laboral, así como el número de profesionales que componen los equipos de trabajo, al mismo tiempo se han visto también afectadas las organizaciones implicadas en su proceso de inserción socio-laboral (empresas, sindicatos, ONGs, administraciones, universidades....) y a su entorno, incluyendo familia y hábitat.

RESPUESTA: HIPÓTESIS NO VALIDADA EN EL ESTUDIO DE CASO

La crisis no ha afectado a la estabilidad del recurso, como lo ha hecho en otras CC.AA (Ver Capítulo 7), en la medida en que este modelo ha estado protegido tanto en efectivos como en dotación presupuestaria por la propia Comunidad de Madrid. Bien es cierto que la Red de Atención Social a personas con enfermedad mental ha sufrido un

ajuste presupuestario, por ejemplo en el periodo 2012-2013 el presupuesto se redujo un 1,70%, pasando de los 64,7 millones en 2012 a los 63,6 millones en 2013.

No obstante, hemos de decir que a pesar de esta coyuntura desfavorable, el número de plazas se ha incrementado en el periodo estudiado, e incluso en la actualidad sigue esta tendencia al aumentar en 55 plazas nuevas para el año 2014 (hasta llegar a las 1.035 existentes en la actualidad).

9.2 OTRAS CONCLUSIONES:

1. PERFIL DE LA POBLACIÓN ATENDIDA:

Por Género:

- En 2012 en los 20 CRL se atendieron a un total de 1.313 personas, de los que 898 eran Hombres (68,4 %) y 415 Mujeres (31,6%).

Por formación:

- En el caso de las **personas con discapacidad que tienen estudios superiores sostienen un peso porcentual del 7,67%**, casi la mitad del porcentaje que representa este grupo en las cifras globales de paro (superior al 13%).

Por tipo de empleo:

- Se mantiene la tendencia de que un poco menos de la mitad (47%) de los empleos obtenidos son en el **mercado laboral protegido** (Centros Especiales de Empleo). Datos actualizados al cierre de 2013 sitúan este porcentaje en el **52%**.

Por tipo de contrato:

- En cuanto al tipo de contrato, se distribuye con **contratos temporales cerca del 69%** y con contrato indefinido cerca del 22 %.

Por tipo de jornada:

- En relación al tipo de jornada, el **60% en contratos a jornada completa** y cerca del 31 % en contrato a jornada parcial.

Por tipo de empresa:

- La mayoría de los empleos (cerca del **89%**) **lo han sido en empresas del sector privado**; destacando el dato de 126 empleos dentro de nuestra propia Red de Atención Social.

Por participación en acciones formativas:

- Asimismo, 387 personas, un **30% de los atendidos en 2011 en los CRL, participaron en cursos o acciones de formación laboral** para mejorar su cualificación y empleabilidad.

DATOS DE INSERCIÓN LABORAL DEL RECURSO:

- Es decir a pesar del contexto de crisis se ha logrado mantener un **alto % de inserción laboral** en 2012 (45,8%), casi un 2% más respecto al alcanzado en 2010 (44%) y solo un 3% menos que en 2011 (49%). Los últimos datos a cierre de 2013 indican que este porcentaje de inserción laboral sube hasta situarse en el **47,4% del total de personas atendidas**.

PERFIL-TIPO:

- i. Mayoritariamente **Hombres** (70%).
- ii. **Solteros** (90%)
- iii. con una **edad media entre 30 y 35 años**
- iv. que **conviven con sus padres** (74%)
- v. y con un **nivel educativo bajo o medio bajo**.

- vi. La mayoría **71% con certificado de minusvalía** (aunque no se exige como requisito) y de los que lo tiene un 36% tiene un certificado con 65%.
- vii. Más del **50% está en situación de Parado**
- viii. la mayoría **88% con alguna experiencia laboral**.
- ix. El **52 % con diagnóstico de esquizofrenia**, el 15% de otros trastornos psicóticos y el 17% con trastornos graves de personalidad.
- x. El **95 % con más de 2 años de evolución** y sobre todo con más de 10 años de evolución (47%).
- xi. El **12 % presentan problemas asociados de consumo de sustancias**.

9.3 CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS DEL RECURSO (CRL) EN LA COMUNIDAD DE MADRID:

- Estos recursos crean un subsistema propio de empleo, la generación de empleo protegido fomentado por los mismos asciende al 47% del total de empleos generados (porcentaje que sube hasta el 52% al cierre de 2013), si este recurso desaparece, se deja de prestar atención a miles de personas.
- Vital importancia del **Trabajo en red**: Es difícil concebir la integración laboral de las personas con enfermedad mental usuarias de los CRL sin la presencia del trabajo en red estrechísimo que realizan con los CEE, sobre todo en el caso del País Vasco y Andalucía, y de forma incipiente también ahora en la Comunidad de Madrid. Tal y como indica el defensor del pueblo vasco:

—Es preciso reconocer y valorar el trabajo y esfuerzo que los centros especiales de empleo vienen realizando durante muchos años, a menudo a pesar de grandes obstáculos y dificultades. Sin embargo, se hace necesario también afrontar el riesgo de que tales centros no cumplan uno de sus objetivos básicos, el de favorecer la transición al empleo ordinario, ya sea por las propias características del mercado de trabajo o por la necesidad de buscar la rentabilidad de los centros. Dado el grado de desarrollo alcanzado por estos centros, sobre todo en algunas

zonas y sectores económicos, parece necesario revisar esta situación, tanto para apoyar el proceso de transición, como para ejercer un mayor control sobre ellos y evitar posibles desajustes”

(Lamarca, 2009: 36).

De hecho, según los datos del Observatorio Regional de empleo de la Comunidad de Madrid sobre contratación registrada en personas con discapacidad a nivel global en 2012 (no exclusivamente de personas con enfermedad mental) indican que casi el 70% del total de contratos proceden de los CEE.

- Es posible considerar la **importancia de los itinerarios** de creación de empleo para cualquier persona que esté buscando empleo. Dependiendo de los perfiles profesionales, es posible obviar alguna de sus fases, sin embargo, dadas las especiales características de las personas con enfermedad mental, **no es conveniente modificar el esquema-modelo del mismo**, en este sentido la fase de orientación laboral-vocacional no debe realizarse únicamente sobre la base de lo que el sujeto nos transmite como preferencias de ocupación, hemos de dedicar el tiempo necesario, y más con quien padece una enfermedad mental, para ayudarle a organizar y reorientar sus preferencias desde un punto de vista objetivo, aparte de sus preferencias y experiencia laboral previa.
- Se trata de un recurso que ofrece gran flexibilidad en la prospección de proyectos, lo que da una amplia cabida para la innovación dentro del propio recurso.
- Se deberían **centralizar todos los datos de las personas atendidas en una misma base**, de forma que se pudieran hacer correlaciones entre variables dentro de los tres grandes grupos de datos (sociodemográficos, clínicos y resultados de la inserción) y especialmente en relación a los datos de aquellas personas que se encuentran en la fase de seguimiento.
- Se recomienda un **análisis en profundidad de las competencias** que abarcan cada puesto de trabajo, para centrar la I+D de los CRL en la consecución de esas competencias mediante adaptaciones.

- Aunque esta tesis ha hecho avances importantes en este caso, se recomienda seguir trabajando para **identificar los factores que posibilitan e inhiben la rehabilitación laboral** de las personas con enfermedad mental en sus cuatro grandes áreas:

- LA PERSONA CON ENFERMEDAD MENTAL
- LA FAMILIA
- EL EQUIPO PROFESIONAL
- LA SOCIEDAD

PROPUESTAS:

- Identificar de forma clara **que se considera empleo**, definir las características de los puestos de trabajo intermediados por los CRL (en contraposición a los empleos catalogados como “actividad marginal”).
- En este sentido, consideramos que sería necesario **medir si empleo correlaciona con la integración** sociolaboral de la persona.
- Identificar predictores laborales, **factores que posibilitan la inserción sociolaboral** (mediante el análisis estadístico con programas específicos), de las personas que se encuentran en la fase de seguimiento de su inserción, así como **identificar los factores que inhiben el proceso de rehabilitación laboral**: persona, familia, sociedad e incluso el propio equipo profesional del CRL.
- Fomentar una **mayor coordinación** con el Servicio Regional de Empleo, la Consejería de Empleo de la Comunidad de Madrid y los Centros Base del IMSERSO.
- Realizar **evaluación** de los procesos, competencias de los equipos profesionales, infraestructuras, resultados, calidad de la atención prestada, debido a que **se han detectado carencias en cuanto a evaluación externa del recurso**, si bien si existe evaluación interna o autoevaluación institucional, por ejemplo en las fases del itinerario (evaluación por parte del equipo de profesionales a los 45 días de entrada en el recurso), así como satisfacción de las personas atendidas a través de las encuestas de calidad. Sería necesario establecer un proceso de evaluación de infraestructuras,

procedimientos, cumplimiento de objetivos, equipos profesionales, calidad del empleo intermediado, empresas visitadas y fidelizadas, calidad de vida de las personas atendidas y grado de integración social, etc...

- **Generar propuestas e investigaciones** que apoyen la práctica de I+D en el propio recurso.
- **Fomentar el autoempleo** identificando competencias profesionales y personales en aquella población atendida susceptible de emprender en la modalidad de empleo por cuenta propia

9.4 CONCLUSIONES EN RELACIÓN A OTRAS CC.AA:

- Según el Observatorio Español de Rehabilitación Psicosocial (Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial), **solamente 5 CC.AA ofrecen servicios de rehabilitación laboral**, estas son: Andalucía, Galicia, Cataluña, Comunidad de Madrid y Castilla- La Mancha.
- Tal y como nos ha revelado la investigación cualitativa realizada en esta investigación, el **modelo “primero coloca y después forma” es un modelo que en nuestro país no funciona.**
- El periodo de crisis que nos afecta y que presumiblemente seguirá afectando a la creación de empleo en los próximos años, no ayuda en este sentido, por lo que se hace más necesario que nunca, la búsqueda de fórmulas que ayuden a los profesionales que diseñan estos **itinerarios a basar la evaluación de competencias en datos objetivos observados**, más que en simples entrevistas ocupacionales que contengan la información no contrastada de las personas a quienes atienden. En este sentido, **las fases y los recursos de los propios itinerarios deben ser articulados en un mismo procedimiento y recogidos en un mismo espacio** y, si esto no fuera posible, innovar en procedimientos (convenios, contratos, planes, etc.) que garanticen, para las personas en riesgo de exclusión social, el incremento de sus capacidades y nuevas oportunidades para su plena integración en el mercado de trabajo.

PROPUESTAS:

- Una primera conclusión extraída de este análisis comparativo del recurso en las diferentes Comunidades Autónomas, es la **falta de liderazgo por parte de la Administración del Estado** para coordinar unas competencias que, precisamente porque pertenecen a las CC.AA, reproducen un auténtico galimatías, al establecerse 17 modelos diferentes de atención. Bien este cierto, que existen multitud de variables que interaccionan entre sí y en ocasiones impiden su buen desarrollo, y más en un país tan diverso como es España: distintas densidades de población, diferentes formas de concebir el modelo, atomización poblacional, etc. todo ello hace que cada CC.AA actúe de forma individual.
- Recomendamos la **creación de una gran base de datos que abarque a las personas atendidas en los diferentes dispositivos de rehabilitación laboral (en todas las fases del proceso)**, de modo que se identifiquen en la misma las variables objeto de un amplio estudio cuantitativo, a través del programa estadístico IBM SPSS o similares. Consideramos que por los resultados alcanzados en inserción laboral (recordemos que su tasa de inserción es probablemente la más alta de España) se debería liderar desde los CRL un gran estudio a nivel nacional que aporte evidencias empíricas e identifique los factores de éxito y recomiende en cada caso el itinerario y los modelos de rehabilitación laboral más convenientes.
- A pesar de haber identificado con la investigación cualitativa y documental los factores de éxito de este recurso (aunque sin claras evidencias empíricas a nivel cuantitativo, más allá de las tasas de inserción laboral, producto de las memorias de actividad), debemos reconocer que **es necesario un profundo análisis mediante la explotación de una segunda base de datos compuesta por personas atendidas que se encuentren únicamente en la fase de seguimiento**, para poder llegar a cuantificar y ponderar la importancia de estas variables que influyen en la inserción sociolaboral de estas personas. Y esta recomendación debería estar incluida en una evaluación global del recurso.

- Se debería poder analizar cuál es el **retorno de la inversión en rehabilitación laboral** en cuanto a ahorro económico del Estado al impulsar este tipo de recursos.
- Implementar procedimientos de **diagnóstico precoz** en los servicios de atención primaria: La media en diagnosticar a una persona es de 10 años.
- Se recomienda en el **nivel nacional** (no siendo el caso de los CRL de la Comunidad de Madrid) una **financiación estable** para evitar que los equipos profesionales fluctúen y no puedan garantizar la atención de las personas atendidas.

Dicho esto, en este trabajo se **identifican algunos de los elementos que facilitan las buenas prácticas** en este tipo de recursos y que arrojan importantes cifras de inserción laboral (no sólo en el empleo protegido, sino también en las empresas ordinarias) para ofrecer esos modelos de éxito a todas las CC.AA para su puesta en funcionamiento. Obviamente y como acabamos de indicar, todo ello debe ser **apoyado económicamente creando un presupuesto** anual para tal fin, de esta forma se lograría equiparar y nivelar los diferentes servicios prestados por cada recurso. Pero todo esto no sería posible sin un amplio consenso y puesta en común de todas y cada una de las Administraciones regionales, un consenso al estilo del realizado en 1990 para la elaboración del Plan Concertado de Servicios Sociales.

Es posible y factible hacer esta propuesta en la medida en que existen algunos **precedentes**. En este sentido, la **Comunidad de Madrid sí ha logrado importantes consensos** para implantar este recurso multinivel, que abarca diversas áreas, como pueden ser: empleo, formación, servicios sociales y salud, dentro de la Administración regional, pero que también involucra a empresas y Asociaciones y Fundaciones, todas ellas persiguiendo un mismo fin, a sabiendas de los beneficios que produce, en este colectivo, la inserción en el mercado de trabajo.

9.5 CONCLUSIONES EN RELACIÓN A OTROS RECURSOS:

- De los recursos de empleo existentes en la actualidad, orientados a colectivos en riesgo de exclusión social, y que han utilizado y utilizan los

itinerarios de inserción socio-laboral, podemos diferenciar entre recursos finalistas, cuyo objetivo es crear empleo de forma directa, como son los Centros Especiales de Empleo (CEE) y las Empresas de Inserción (EI), y otros recursos de intermediación, como fueron los Centros Integrados de Empleo (CIE) y son los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL), objeto de esta tesis doctoral. También la Administración pública ha prestado asesoramiento a través de itinerarios y, aunque el recorte de los presupuestos destinados a empleo ha sido importante, algunas agencias locales de empleo, organismos autónomos, etc., así como las recién creadas agencias de colocación siguen prestando estos servicios de orientación e intermediación para el empleo con el escaso personal existente.

- Hemos de afirmar, que la comparativa entre las tasas de inserción laboral de los diferentes recursos de empleo (EI, CEE, CIE y CRL) arrojan cifras claramente favorables a los CRL, debido no sólo a la existencia de itinerarios integrados, que garantizan el poder prestar todos los servicios y fases del mismo, sino también debido a la existencia de presupuestos estables y toda una red propia de empleos procedentes de Centros Especiales de Empleo (CEE) pertenecientes a las entidades que gestionan los CRL y que suelen alimentarse de las personas usuarias de sus CRL.
- Las Empresas de Inserción (EI) y los Centros Especiales de Empleo (CEE) son recursos más finalistas, es decir su función es esencialmente la inserción laboral, si bien se establecen itinerarios con sus personas, pero una vez la persona se ha insertado en el mercado laboral.

9.6 PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES:

Para finalizar, queremos exponer de forma sintética cuales son las PROPUESTAS y RECOMENDACIONES que desde esta investigación se han identificado para mejorar el recurso de los CRL en la Comunidad de Madrid en particular y la rehabilitación laboral en general, en el ámbito nacional:

ÁMBITO NACIONAL

- Sería necesario una **legislación de Servicios Sociales a nivel estatal** que acogiera unos criterios mínimos de armonización para la rehabilitación laboral de las personas con discapacidad por enfermedad mental grave y duradera.
- Dado el contexto de actual crisis económica y financiera habría que apostar por **favorecer la financiación para este tipo de recursos** de forma que se acabe con los recortes en conciertos y subvenciones en la mayoría de CC.AA.
- Impulsar una **mayor coordinación entre los diferentes modelos en cada CC.AA.**, a sabiendas de que somos mucho menos eficaces sin coordinación. De esta forma se podría protocolizar el modelo de atención.
- Fomentar el **liderazgo por parte de la Administración estatal** para comenzar un proceso de unificación de criterios, financiación, equipos profesionales, infraestructuras...En ese liderazgo debe primar lo técnico frente a lo político.
- **Trabajar contra:**
 - **el estigma de la sociedad** (a nivel macro) Haría falta una gran campaña de publicidad sobre la necesidad del empleo en las PEM, la tarea la realizan los CRL desde abajo, sería necesario un buen plan de comunicación motivando la necesidad de empleo en las personas con enfermedad mental grave.
 - **El estigma de la micro-sociedad:** calle, barrio, etc.
 - **El autoestigma de las propias personas** con enfermedad mental.
- Promover una **mayor participación de las familias en todo el proceso de rehabilitación laboral** favoreciendo una mayor información y evitando la sobreprotección de las mismas hacia las personas con enfermedad mental.
- Realizar campañas para **luchar contra la desinformación de los empresarios** en este campo.

COMUNIDAD DE MADRID:

- **Clarificar que se entiende por empleo** en los diferentes recursos (a veces se computan “actividades marginales”, que poco tienen que ver con la creación de empleo): tampoco en cuanto a los salarios y el grado de satisfacción de las personas hacia el empleo.
- **Ampliar los equipos con perfiles de profesionales de la formación y el empleo**, que sean expertos en algunas materias (posicionamiento web, por ejemplo). Debe haber menos clínica y más formación y empleo.
- **Generar investigaciones** y participar en grupos de innovación.
- **Impulsar estudios que identifiquen factores de éxito (predictores)** en el proceso de rehabilitación laboral.
- **Identificar los factores que inhiben el proceso de rehabilitación laboral**: persona, familia, sociedad, incluso en ocasiones es el propio equipo profesional del CRL quien pone límites a la persona en su proceso de rehabilitación.
- Realizar **más evaluación externa del recurso**. En este sentido, se deberían crear herramientas de evaluación estandarizadas.
- **Fomentar el Autoempleo**: apenas se crean puestos de trabajo bajo esta modalidad. Requiere de unas mayores competencias. Los CRL reflejan una realidad social (escasez de autoempleo, aparte de las barreras existentes en España para el autoempleo: trato fiscal, burocracia, etc.).
- Trabajar en pos de una **mayor coordinación con el Servicio Regional de Empleo**, la Consejería de Empleo y los Centros Base del IMSERSO.
- **Ampliar la oferta de cursos de formación** adaptados a nuestro colectivo
- Establecer políticas de **discriminación positiva hacia las mujeres**
- **Apoyar en mayor medida a las familias**, las cuales afirman estar poco preparadas para ayudarles.
- **Promover el diagnóstico precoz en los servicios de atención primaria** (la media en diagnosticar a una persona es de 10 años).
- **Afianzar un recurso que consigue**, probablemente, **la más alta tasa de inserción laboral del país** para las personas con enfermedad mental (Ver apartado de fortalezas y oportunidades en capítulo 6.3.3).

Consideramos que, de cumplirse las recomendaciones multinivel aquí expuestas, la rehabilitación laboral para personas con enfermedad mental grave y duradera en el ámbito nacional conseguiría mejores resultados de inserción y, con ello, se mejoraría la calidad de vida de este colectivo.

Entendemos, que el estudio de caso de la Comunidad de Madrid analizado en esta tesis doctoral, aunque presenta algunos defectos que deberían ser corregidos, ofrece evidencias suficientes como para poder ser identificado como una buena práctica (consideramos que el volumen de casos con el que trabaja el recurso, así como el porcentaje de inserción laboral conseguida, son datos suficientes, para hacer esta afirmación), por lo que estamos ante un modelo de referencia que debe ser tomado en cuenta para planificar la rehabilitación laboral en España. Para ello, es necesario iniciar de forma urgente una estrategia a nivel nacional (que tendrá repercusiones posteriores en las CC.AA) en la que confluyan un firme liderazgo político y un sólido trabajo técnico en el que tengan cabida la Investigación y el Desarrollo.

10. BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA:

A

- Aguado, A.L (1993): *Historia de las deficiencias. Colección tesis y praxis*. Escuela libre editorial. Fundación Once. Madrid.
- Aldaz, JA y Vázquez, C (1996): *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Ed. Siglo XXI. Madrid.
- Alguacil, J (2012): “La quiebra del incompleto sistema de Servicios Sociales en España”. *Cuadernos de trabajo social*. Vol. 25-1, pp. 63-74
- Alonso, C (2014): “Una experiencia de trabajo social de grupo con pacientes con enfermedad mental grave y crónica. Una alternativa de recuperación psicosocial”. *Cuadernos de trabajo social*. Vol. 27-1, pp. 223-231
- Alonso, L.E (2004): “La sociedad del trabajo: debates actuales. Materiales inestables para lanzar la discusión”. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* (REIS), pp. 21-48.
- Alonso, L.E (1996): “La construcción de la solidaridad: la crisis del estado del bienestar y los dilemas de la ciudadanía”. *Acciones e investigaciones sociales*, v.6, pp.13-52.
- Alonso, L.E (2010): “Defensa y proyección del estado de bienestar”. *Gaceta sindical* nº 15.
- Alonso, L.E. y Pérez Ortiz, L. (1996): *¿Trabajo para todos?: un debate necesario*. Ediciones encuentro. Madrid.
- Alós, R (2008). “Segmentación de los mercados de trabajo y relaciones laborales. El sindicalismo ante la acción colectiva”. *Cuadernos de relaciones laborales*. Vol. 26-1, pp. 123-148
- Álvarez, F (2003): “Programas de integración laboral de personas con trastorno mental severo en Andalucía”. En *Lara y López*, pp. 201-209.
- Álvarez, C. (1996): *El Impacto de la contratación Temporal sobre el Sistema productivo español. Relaciones entre segmentación laboral y productiva*. CES.

- Allúe, A.; Rodríguez, D.; Sánchez, R. y Segoviano, J. (1999): *Manual práctico de contratación laboral*. Fundación Confemetal. Madrid
- Amezcua, C. y Jiménez, A. (1996): *Evaluación de programas sociales*. Ed. Díaz de Santos. Madrid.
- Aparicio, V. (Coord.). (1993): *Evaluación de servicios de salud mental*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid.
- Arieto, A (2010): “Una mirada social al estigma de la enfermedad mental”. *Cuadernos de trabajo social*. Vol. 23, pp. 289-300
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (2002): *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Cuadernos Técnicos, nº 6. Madrid.
- Asociación de CEE de Navarra (2010): “Estudio sobre el cumplimiento de la LISMI en empresas de más de 50 trabajadores en Navarra”.

B

- Banks, B; Charleston, S y Ots (2001): “Workplace supports, job performance, and integration outcomes for people with psychiatric disabilities”. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 244, pp. 389-396.
- Bedia, M., Arrieta, M. y ots.- “Rehabilitación sociolaboral de personas con esquizofrenia: variables relacionadas con el proceso de inserción”. *Actas Españolas de Psiquiatría.*, 2001,29, 6:357-367.
- Bellver, F.; Moll, B.; Roselló, R. y Serra, F. (1993). “El empleo con Apoyo: un recurso eficaz para la inserción sociolaboral de personas con minusvalía”. *Siglo Cero*, Vol. 24 (3) nº 147, Mayo-junio, 15-24.
- Bond, G (2003): “La integración laboral de personas con trastorno mental severo en Estados Unidos”. En *Lara y López*, pp. 103-114.
- Burns T, Catty J, Becker Th, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, Lauber Ch, Rössler W, Tomov T, Van Busschbach, White S, Wiersma D (para el grupo EQOLISE) (2007): “Eficacia del Empleo con Apoyo para personas con Trastorno Mental Grave: un ensayo aleatorio”. Versión original en ingles: *The Lancet*, vol. (370).

- Cañamares, J. M., Castejón, M. A., Florit, A., González, J., Hernández, J. A. y Rodríguez, A. (2001). *Esquizofrenia*. Ed. Síntesis. Madrid.
- Cáritas (2000): “Las Empresas de Inserción a Debate”. *Documentación social*, Nº 117-118. Ed. Cáritas. Madrid.
- Carrasco, I, Castaño, M.S y Pardo, I (2011):”Diferentes desarrollos del mercado de trabajo”. *Tendencias y nuevos desarrollos de la Teoría económica nº 858*. Unidad de Estudios ICE
- Castel, Robert (1995): *La metamorfosis de la cuestión social: una crónica del salariado*. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Castel, R. (1995): “De la exclusión como estado a la vulnerabilidad como proceso”. En *Archipiélago*, 21, pp. 27-36.
- Ceniceros, J.C.; Oteo, E. (2003). *La Orientación sociolaboral basada en itinerarios. Una propuesta metodológica para la intervención con personas en riesgo de exclusión*. Fundación Tomillo. Madrid.
- Centro de estudios económicos Tomillo (2010): “Los 10 años de los planes nacionales de acción para la inclusión social en el Reino de España”. *Ed. Informes, estudios e investigación*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, pp.42-45.
- Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (OMS, 1992)
- Cochrane, A L (1985): *Eficacia y eficiencia. Reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios*. Ed. Salvat. Barcelona.
- Colón, C (1992): “*La Fageda*: una alternativa laboral para los enfermos mentales crónicos “. *Informaciones Psiquiátricas* 131, pp. 107-108.
- Comisiones Obreras (2003). *Aproximación sociolaboral al empleo protegido: los Centros Especiales de Empleo*.
- Comunidad de Madrid (2001): “Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención”. *Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales*, nº 14.
- Comunidad de Madrid. Memorias Centros de Rehabilitación Laboral (2008-2012). Consejería de familia y Asuntos sociales.

- Comunidad de Madrid (2013): “Boletín informativo de personas con discapacidad. Paro y contratos” *Consejería de empleo, turismo y cultura*.
- Consejo Económico y Social (2008). “La transición educativo-formativa e inserción laboral de los jóvenes en España”. Ed. Cauces, pp. 28-47.
- Cook, J, y Razzano, L (2000): “Vocational rehabilitation for persons with Schizophrenia: recent research and implications for practice”. *Schizophrenia Bulletin*, 26-1 pp. 87-103.

D

- Defourny, J.; Favreau, L.; Laville, J.L. (1997). “Introducción a un balance internacional”. En Defourny, J.; Favreau, L.; Laville, J.L. (dtores.). *Inserción y nueva economía social. Un balance internacional*. Valencia: CIRIEC.
- Diccionario de la Real Academia Española de la lengua (RAE)
- Doeringer P. B.; Piore, M. J. (1975): "El paro y el mercado dual de trabajo". En Toharia, L. (Comp.): *El mercado de trabajo: teoría y aplicaciones*. Alianza Universidad, Madrid.
- Donabedian, A.- La calidad de la atención médica. Definición y métodos de *evaluación*. México DF, Prensa Médica Mexicana, 1984.
- Dossier: “Atención comunitaria, rehabilitación psicosocial y apoyo social”. Revista Minusval nº 23 (2002)

E

- Elexpuru, E. y Azaldegui, I (2002): *Reflexión sobre la inserción laboral de los enfermos mentales en Euskadi*. Fundación Eragintza.
- Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008. Instituto Nacional de Estadística (INE).

- Espina, Á (2002): “La sociología del bienestar de Gösta Esping-Andersen y la reforma del Estado de Bienestar en Europa”, *Revista de Libros*, nº 66, pp. 15-18.
- Esping-Andersen, G (1990): *Los tres mundos del Estado de Bienestar*. Valencia: Edicions Alfons el Magnànim.

F

- Federación murciana de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental (2010): *El apoyo familiar para la integración laboral de las personas con enfermedad mental: una nueva forma de prevención en salud mental*. Ed. FEAFES
- Fernández Huerga, E. (2010). La teoría de la segmentación del mercado de trabajo: enfoques, situación actual y perspectivas de futuro. *Revista: Investigación Económica* 2010.
- Fondo Social Europeo y Junta de Andalucía (2007): “Los programas de empleo para personas con trastornos mentales graves. Una versión actualizada de los modelos de intervención”.
- Foro de salud mental (2012): “De la ocupación a la salud: situación ocupacional y de empleo en las Comunidades Autónomas”. Elkarkide.
- Foucault, M (1986). *Vigilar y castigar*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Fundació Pere Tarrés (2007). InserQual. Protocol de qualitat. Qualitat en l'acompanyament sociolaboral. Aplicació d'una metodologia de qualitat instrumental. Fundación Luis Vives. U. Ramon Llull. Fundació Un sol mon. Caixa Catalunya. Unión Europea. Fondo Social Europeo. Doc. Fotoc.
- Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. *Criterios para el desarrollo del Programa Ocupacional-laboral*. Sevilla, FAISEM, 2000.
- Fundación Socio-Sanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental (2007): *Diseño de Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral*. Ed. FISLEM. Toledo.

- Fundación Luis Vives (2007): “Poniendo en práctica la estrategia europea para la inclusión social. Del plano europeo al plano local”. *Cuaderno europeo n° 4* pp. 71-75
- Fundación ONCE (1999): *Apoyos a la integración laboral de personas con discapacidad*” Dirección de integración laboral.

G

- Galve, M (2008): “Las cuatro preguntas básicas sobre los enfermos mentales”. Exclusión social en España. *Fundación Fomento de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada, FOESSA*. pp. 305-331
- Garcés, E.M (2010): “El trabajo social en salud mental”. *Cuadernos de trabajo social*. Vol. 23, pp. 333-352
- García Roca, J. (1996). “La inserción: horizonte de las políticas sociales”. En *Rev. Claves de Educación Social*, 2, pp. 29-35
- García, J., Peñuelas, E. y Ots (2000): “La formación y el empleo. Instrumentos básicos para la integración de las personas con trastornos psicóticos”. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, XX, 73, pp. 9-22.
- Giddens, A. (1989): *Sociología*. Alianza Universidad. Madrid.
- Giddens, A. (1999): *Un mundo desbocado: los efectos de la globalización en nuestras vidas*. Ed. Taurus. Madrid.
- Goffman, E (1961), *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates* (trad. española, *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*). Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1970.
- González, A. (1993). “Centros Especiales de Empleo. Un modelo de empresa revisable”. *Siglo Cero*, Vol. 25 (3) n° 148, Julio-Agosto, 49-53.
- González-Badía Fraga, Juan, Sala Mozos, Elisa y Hermoso Díaz, Eva A (2012): *Mejora del tratamiento de las personas con enfermedad mental en las Universidades públicas*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Fundación ONCE.

- Govern de les Illes Balears (2011): *Guía de recursos y situación de la red de salud mental de las Islas Baleares*. Conselleria de Salut i Consum.
- Grove, B (2003): “La integración laboral de personas con trastorno mental severo en el Reino Unido”. En *Lara y López*, pp. 137-149.
- Grove, B, Freudenberg, M y Ots (1997): *The social firm handbook.*, Ed. Pavilion, Brighton
- Guerrero, C. (2005). “Itinerarios de inserción sociolaboral: una propuesta metodológica para personas en riesgo de exclusión social”. En *Revista REDSI - Red Social Interactiva*, 6,

H

- Hanan, Robin (2004). “La estrategia europea de la inclusión social. Una perspectiva desde las ONG”. *Revista documentación social* nº 135, pp. 161-177
- Haro. J M, Palacín, C y Ots (2006): “Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España”. Ed. *Unidad de Investigación y Desarrollo. Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental*. Sant Boi de Llobregat. Barcelona.
- Hernanz, V y Jimeno, J.F (2013): “Segmentación laboral y contratación dual: conversaciones póstumas con Luis Toharia”. *Revista de Economía Laboral*, nº 10. pp. 135-149
- Hervás, A; Cuevas, C y Ots (1997): “Estudio descriptivo de la situación laboral de la población con trastorno esquizofrénico del Área Sanitaria “Virgen del Rocío” de Sevilla”. *Intervención Psicosocial*, VI, pp. 393-404.
- Herrador, F (2001): “Mercado de trabajo y Estado de bienestar en España”. *Cuadernos de trabajo social*. Vol. 14, pp. 45-70
- Huete, A (2013): *Pobreza y exclusión social de las mujeres con discapacidad en España*. Ed. Cinca.

I

- Informe “Ibex 35: 2010 DisCert España”.
- Instituto Nacional de Estadística: “El empleo de las personas con discapacidad (2008-2012)”.
- Instituto de mayores y servicios sociales (2007): *Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave*. Ed. IMSERSO.
- Inzúa, V (2001): “Una conciencia histórica y la discapacidad”. *Revista trabajo social*. Nueva época nº 3, p. 77

L

- Lamarca, I (2009): “El papel de la sociedad en la integración de las personas con enfermedad mental” *Revista Norte de salud mental* nº 34. Pp. 34-43
- Laparra, M.; Gaviria, M. y Aguilar, M. (1995): Peculiaridades de la exclusión en España: propuesta metodológica y principales hipótesis a partir del caso de Aragón. *Simposio sobre Igualdad y Distribución de la Renta y la Riqueza*, Madrid.
- Laparra, M.; Gaviria, M. y Aguilar, M. (1996): “Inserción por la actividad económica: un nuevo horizonte para los servicios sociales”. En Alemán, C. y Garcés, J. (coord.): *Administración social: servicios de bienestar social*. Ed. Siglo XXI, pp. 633-680
- Lara, L y López, M (1998): “La provisión de recursos de apoyo social en Andalucía”. En García, J, Espino, A y Lara, L: “*La Psiquiatría en la España de fin de siglo*”. Ed. Díaz de Santos, pp. 213-224.
- Ley 13/ 1982, de 7 de Abril de Integración Social de Minusválidos.
- Ley 29/1999, de 16 de julio, de Modificación de la Ley 14/1994, de 1 de junio, por la que se regulan las Empresas de Trabajo Temporal.
- Ley 12/2001, de 9 de Julio, de medidas urgentes de reforma del mercado de trabajo para el incremento del empleo y la mejora de su calidad.

- Ley 45/2002, de 12 de Diciembre, de medidas urgentes para la reforma del sistema de protección por desempleo y mejora de la ocupabilidad.
- Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Liberman, R. P. (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Ed. Martínez Roca. Barcelona.
- López, M (2001): “Situación actual y perspectivas del programa de integración laboral de personas con trastorno mental severo en Andalucía”. Ed. *Boletín de la Asociación Madrileña de rehabilitación Psicosocial*, 13, pp. 51-58.
- López, M (1998): “Bases para una nueva política en Salud Mental”. En *García, Espino y Lara*, pp. 29-39.
- López, M (2002): “Rehabilitación y red asistencial. Sistemas de atención a la cronicidad en salud mental”. En Verdugo, M, López, D y Ots.- *Rehabilitación en Salud mental. Situación y perspectivas*. Ed. Amarú Salamanca, pp.75-105.
- López, M. y Lara, L (1997): “La coordinación intersectorial en la atención a la salud mental. Nuevas instituciones y formas de gestión”. En Leal, J.- *Equipos e instituciones en salud (mental). Salud (mental) de equipos e instituciones*. AEN. Madrid, pp.149-168.
- López, M; Lara, L y Laviana, M (2004): “La formación básica en rehabilitación y apoyo social para la atención comunitaria en salud mental”. En Espino, A. y Olabarría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 89, Madrid, pp. 31-65.
- López, M. y Laviana, M (1998): “Los servicios de salud mental como apoyo a la integración laboral: condiciones funcionales y organizativas”. En García y ots, pp. 253-260.
- López, M. y Laviana, M (2007): “Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2007, XXVII, nº 99: pp. 187-223.
- López, M., Álvarez, F. y Laviana, M.- “Empresas sociales y rehabilitación psiquiátrica en Andalucía”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1998, XVIII, nº 68: 735-747.

M

- Menéndez, F. (2005): “Veinte años de la Reforma Psiquiátrica, panorama del estado de la Psiquiatría en España de los años 1970 a los 2000, de un pensamiento único a otro”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 25, pp. 69-81
- Miller, L. M (2004): “Participación laboral femenina y Estados de bienestar” *Instituto de Estudios Sociales Avanzados*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).
- Moreno, L (2001): “La «vía media» española del modelo de bienestar mediterráneo”. *Papers: Revista de Sociología*. pp. 67-82
- Mut, Salvá (2008): “Itinerarios de inserción sociolaboral”. *Revista de formación y Empleo*

N

- Navarro, V (2004): *El estado de Bienestar en España*. Ed. Tecnos.

O

- Observatorio de rehabilitación psicosocial (2012): “Valoración por comunidades del impacto de la crisis económica en la atención de rehabilitación psicosocial RPS”. Ed. *Federación española de asociaciones de rehabilitación psicosocial*.
- Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (1994): *Estudio de la OCDE sobre el empleo. Hechos. Análisis. Estrategias. El empleo bajo el prisma de la OCDE, 1950-1995*. Ed. OCDE. Paris
- Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (2010): “Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. *A Synthesis of Findings across OECD Countries*”.

- Organización Mundial de la Salud (1992): “Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10”.
- Organización Mundial de la Salud (2013): “Proyecto de plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020. Informe de la secretaría”. *Ed. Consejo consultivo OMS*.

P

- Pastor, A. Blanco, A. y Navarro, D. (Coords.) (2010): *Manual del trastorno mental grave*. Editorial síntesis.
- Pérez, B. (2006). “Rentas mínimas y políticas de activación”. En Zubero, I. (coord.). Empleo e inclusión. Monográfico Documentación Social. *Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada*, Cáritas Española Madrid, pp. 77-92.
- Piore, M.; Sabel, CH. F. (1990): *La segunda ruptura industrial*. Alianza Universidad, Madrid.
- Piore, M. (1980): "Los fundamentos tecnológicos del dualismo y de la discontinuidad" en Toharia, L: (comp.) (1983): *El mercado de trabajo: Teorías y aplicaciones*. Alianza Universidad Textos, Madrid.
- Plan director de salud mental y asistencia psiquiátrica de la Comunidad Valenciana. Consellería de sanitat, consellería de bienestar social. (2001).

R

- Real Decreto 2273/ 1985, de 4 de Diciembre, que regula los Centros Especiales de Empleo de Minusválidos.
- Real Decreto 27/2000, de 14 de enero, por el que se establecen medidas alternativas de carácter excepcional al cumplimiento de la cuota de reserva del 2 por 100 a favor de trabajadores discapacitados en empresas de 50 o más trabajadores.

- Rebolledo, S. (1997). *Rehabilitación psiquiátrica*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.
- Revista de las Naciones Unidas (1956): “El derecho a una vida normal. Ayuda internacional en la rehabilitación de personas con defectos físicos”. Año X. Número 284. p.27
- Rodríguez, A. (coord.) (1997). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Ed. Pirámide. Madrid.
- Rodríguez González, Abelardo (2001): “La experiencia de los Centros de Rehabilitación Laboral de la Comunidad de Madrid”. *Revista de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial*, año 8. Número 13.
- Rodríguez, A y González, J.C (2002): “La rehabilitación psicosocial en el marco de la atención comunitaria integral a la población enferma mental crónica”. *Cuadernos técnicos de servicios sociales* nº 17. Comunidad de Madrid.

S

- Salvá, F. (1997). “Noves perspectives en la formació per a la inserció laboral de persones adultes amb dificultats especials”. En *Educació Social. Revista d’Intervenció Socioeducativa*, 6, pp. 93-106.
- Salvà, F.; Pons, C.; Morell, A. (2000): *Proyectos de inserción sociolaboral y economía social. Descripción, análisis y propuestas para la intervención*. Ed. Popular. Madrid.
- Salvador-Carulla, L., Bulbena, A y Ots (2002): “La Salud Mental en España: Centenaria en el País de las Maravillas”. En Informe SESPAS 2002. *Invertir en salud. Prioridades en Salud pública*. Valencia, pp. 301-326.
- Salvador Carulla L, Serrano Blanco A, Garcia Alonso C, Fernandez A, Salinas Perez JA, Gutiérrez Colossia MR, Marfull Blanc T, Rodero Cosano ML, Prat Pubill B, Molina C. GEOSCAT: *Atlas integral del los servicios de atención a la salud mental de Cataluña, 2010*. Barcelona. Plan director de salud mental y adicciones. Barcelona: Dirección General de

Planificación e Investigación en Salud, Generalitat de Catalunya; 2013 [Traducido del Catalán].

- Sánchez, E (2003): “Por una sociología de la salud mental: Etiología”. *Cuadernos de trabajo social*. Vol. 16, pp. 49-71
- Saraceno, B, De Luca, L y Montero, F. (1992).- “Problemas metodológicos en la evaluación de un programa de rehabilitación”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1992, XII, 40: 3-8.
- Saraceno, B (1995): *La fine dell’Intrattenimento*. Ed. Etas Libri, Milán.
- Schwarz, G (2003): “Las empresas sociales como medio para la integración laboral de personas con trastorno mental severo en Alemania.” En *Lara y López*, pp. 150-157.
- Schwartz, B. (1985). *La inserció social i professional dels joves*. Informe Schwartz. Barcelona: Diputació de Barcelona.
- Sennett, R (1998): *La corrosión del carácter*. Ed. Anagrama. Barcelona.
- Servicio Público de Empleo Estatal (2012) “Informe estatal del mercado de trabajo de las personas con discapacidad”. *Observatorio de las ocupaciones*. Ministerio de empleo y Seguridad Social.
- Shepherd, G (1996): “Avances recientes en Rehabilitación Psiquiátrica”. En *Aldaz y Vázquez*, pp. 1-22.
- Shepherd, G (2003): “Integración laboral de personas con enfermedad mental severa. Perspectiva nacional y local”. En *Lara y López*.
- Sobrino, T. (2001) “La inserción laboral de la persona con enfermedad mental crónica”. *Boletín de laAMRP*, 13, 13-23.
- Sobrino, T. (2002). “Rehabilitación y apoyo a la inserción laboral”, en Verdugo M. A.; López, D. y Rodríguez, M. (coords.) (2002). *Rehabilitación en salud mental. Situación y perspectivas*. Ed. Amarú. Salamanca.

T

- Toharia, L (1983): *El Mercado de Trabajo: Teorías y Aplicaciones*. Ed. Alianza, Madrid.

- Toharia, L (2003): “El mercado de trabajo en España, 1978-2003”. *Revista ICE, nº 811*. pp. 203-220
- Toro, A (2003): “Políticas de empleo para personas con discapacidad”. En Lara, L. Y López, M (Ed).- *Integración laboral de personas con trastorno mental severo*. Ed. FAISEM, Sevilla, pp. 65-69.
- Torres, Jy Montero, A (2005) *Trabajo, empleo y desempleo en la teoría económica: la nueva ortodoxia*. Ed. Universidad de Málaga.
- Txema Franco (2008): “Inserción laboral de personas con enfermedad mental en la CAPV”. Jornada organizada por *EHLABE* en los Cursos de Verano de la EHU-UPV

U

- Uña, O, Hormigos, J y Martín-Cabello, A (2007): *Las dimensiones sociales de la globalización*. Ed. Paraninfo, Madrid.

V

- Verdugo, M. A. y Jenaro, C. (1993). “El empleo con Apoyo: una nueva posibilidad laboral para personas con discapacidad”. *Siglo Cero*, Vol. 24 (3) nº 147, pp. 5-12.
- Vidal, I. (coord.) (1997): *Inserción social por el trabajo. Una visión internacional*. Ed. Centro de Iniciativas de la Economía Social. Barcelona.

W

- Watts, F. N. y Bennett, D. H. (1990). *Rehabilitación psiquiátrica. Teoría y práctica*. Ed. Limusa. México.
- Wing, J. - “Esquizofrenia”. En Watts, F y Bennet, D (1992): “*Teoría y práctica de la rehabilitación psiquiátrica*”. Ed. Limusa. México. pp. 59-77

WEBGRAFÍA:

- http://www.getaferesponde.es/paginas/informacion_proyecto6.aspx
- <http://www.faisem.es/>
- <http://www.ine.es/>
- <http://www.grupogureak.com/>
- <http://www.lantegi.com/>
- http://www.navarra.es/home_es/Temas/Asuntos+sociales/Enfermedad+mental/
- <https://www.aen.es/>
- <http://www.arfes.org/>
- <http://faserrate.es/>
- http://www.alava.net/cs/Satellite?pagename=IFBS/Page/IFBS_home
- <http://www.feafesmurcia.com/>
- <http://www.feafesgalicia.org/>
- <http://www.actas.cat/castellano/>
- <http://www.feafescaceres.com/>
- <http://www.asafes.org/wcas/index.asp>
- <http://www.afesasturias.org/>
- <http://www.madrid.org/iestadis/>
- <http://www.salutmental.org/>
- <http://www.fsclm.com/web/>
- <http://www.feafescyl.org/>
- <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartograf>
- <http://www.eragintza.org/cas/info.php>
- <http://www.avrisem.org/e107/news.php>
- <http://www.bsocia.gva.es/portal/portal?id=6580&sec=13120117649>
- http://www.asociacionvivir.com/index-3_3.html
- <http://ec.europa.eu/esf/main.jsp?catId=35&langId=es>
- <http://redsirevista.cebs-es.org>
- <http://www.eragintza.org/cas/euritakoa.php>
- <http://www.asasam.org/>
- <https://www.msssi.gob.es/ssi/discapacidad/serviciosPersonasDiscapacidades/observatorioEstatad/observatorioEstatad.htm>

ANEXOS

11.1 ANEXO 1: GLOSARIO DE TÉRMINOS

Centros Especiales de Empleo:

1. Los Centros Especiales de Empleo son aquéllos cuyo objetivo principal sea el de realizar un trabajo productivo, participando regularmente en las operaciones del mercado, y teniendo como finalidad el asegurar un empleo remunerado y la prestación de servicios de ajuste personal y social que requieran sus trabajadores minusválidos; a la vez que sea un medio de integración del mayor número de minusválidos al régimen de trabajo normal.

2. La totalidad de la plantilla de los Centros Especiales de Empleo estará constituida por trabajadores minusválidos, sin perjuicio de las plazas en plantilla del personal no minusválido imprescindible para el desarrollo de la actividad.

Artículo 42. Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos

Episodio depresivo grave con sistemas psicóticos:

Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en F32.2, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo (ver F30.2).

Incluye: Episodios aislados de: Depresión mayor con síntomas psicóticos, Depresión psicótica, Psicosis depresiva psicógena, Psicosis depresiva reactiva

Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (OMS, 1992)

Estigma:

Según la definición clásica de Goffman (1963) el estigma es un *atributo profundamente devaluador, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo*. Otra definición es la de Jones et al. (1984) quienes proponen que puede considerarse como *una marca (atributo) que vincula a la persona con características indeseables (estereotipos)*.

Otros trastornos psicóticos de origen no orgánico:

Trastornos psicóticos que no satisfacen las pautas para esquizofrenia (F20.-) o para los tipos psicóticos de trastornos del humor (afectivos) (F30-F39) y los trastornos psicóticos que no satisfacen las pautas sintomáticas para trastorno de ideas delirantes persistentes (F22.-).

Incluye: Psicosis alucinatoria crónica sin especificación.

Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (OMS, 1992)

Trastornos esquizofrénicos:

Este trastorno se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir, de forma a menudo bizarra, en los actos y pensamientos del individuo afectado. Este se siente el centro de todo lo que sucede.

Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, que pueden comentar la propia conducta o los pensamientos propios del enfermo. Suelen presentarse además otros trastornos de la percepción: los colores o los sonidos pueden parecer excesivamente vividos o tener sus cualidades y características alteradas y detalles irrelevantes de hechos cotidianos pueden parecer más importantes que la situación u objeto principal. La perplejidad es frecuente ya desde el comienzo, la cual suele acompañarse de la creencia de que las situaciones cotidianas tienen un significado especial, por lo general siniestro y dirigido contra el propio enfermo. En el trastorno del pensamiento característico de la esquizofrenia los aspectos periféricos e irrelevantes de un concepto, que en la actividad mental normal están soterrados, afloran a la superficie y son utilizados en lugar de los elementos pertinentes y adecuados para la situación. Así el pensamiento se vuelve vago, elíptico y oscuro y su expresión verbal es a veces incomprensible. Son frecuentes los bloqueos e interpolaciones en el curso del pensamiento y el enfermo puede estar convencido de que un agente extraño está grabando sus pensamientos. Las características más importantes de la afectividad son la superficialidad, su carácter caprichoso y la incongruencia. La ambivalencia y el trastorno de la voluntad se manifiestan como inercia, negativismo o estupor.

Pueden presentarse también síntomas catatónicos. El comienzo puede ser agudo, con trastornos graves del comportamiento conductal o insidioso con un desarrollo gradual de ideas y de una conducta extraña. El curso también presenta una gran variabilidad y no es inevitablemente crónico y deteriorante (debe especificarse con un quinto carácter). Un porcentaje de casos, que varía en las diferentes culturas y poblaciones, evoluciona hacia una recuperación completa o casi completa. Ambos sexos se afectan aproximadamente por igual, pero el comienzo tiende a ser más tardío en las mujeres. Aunque en sentido estricto no se han identificado síntomas patognomónicos, ciertos fenómenos psicopatológicos tienen una significación especial para el diagnóstico de esquizofrenia, los cuales suelen presentarse asociados entre sí. Estos son:

- a) Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.*
- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente*

referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretos y percepción delirante.

c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.

d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).

e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.

f) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.

g) Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cérica, negativismo, mutismo, estupor.

h) Síntomas "negativos" tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.

i) Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.

Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (OMS, 1992)

Trastornos esquizotípicos:

Trastorno caracterizado por un comportamiento excéntrico y por anomalías del pensamiento y de la afectividad que se asemejan a las de la esquizofrenia, a pesar de que no se presentan, ni se han presentado, las anomalías características y definidas de este trastorno. No hay síntomas predominantes o característicos, pero pueden aparecer algunos de los siguientes rasgos:

- a) La afectividad es fría y vacía de contenido, y a menudo se acompaña de anhedonia.*
- b) El comportamiento o la apariencia son extraños, excéntricos o peculiares.*
- c) Empobrecimiento de las relaciones personales y una tendencia al retraimiento social.*
- d) Ideas de referencia, ideas paranoides o extravagantes, creencias fantásticas y preocupaciones autísticas que no conforman claras ideas delirantes.*
- e) Ideas paranoides o suspicacia.*
- f) Rumiaciones obsesivas sin resistencia interna, a menudo sobre contenidos dismórficos, sexuales o agresivos.*
- g) Experiencias perceptivas extraordinarias como ilusiones corporales somato-sensoriales u otras ilusiones o manifestaciones de despersonalización o desrealización ocasionales.*
- h) Pensamiento y lenguaje vagos, circunstanciales, metafóricos, extraordinariamente elaborados y a menudo estereotipados, sin llegar a una clara incoherencia o divagación del pensamiento.*
- i) Episodios, casi psicóticos, ocasionales y transitorios, con ' alucinaciones visuales y auditivas intensas e ideas pseudo-delirantes, que normalmente se desencadenan sin provocación externa.*

Este trastorno tiene un curso crónico con fluctuaciones de intensidad. Ocasionalmente evoluciona hacia una esquizofrenia clara. Es mas frecuente en

individuos genéticamente emparentados con esquizofrénicos y se cree que es una parte del espectro genético de la esquizofrenia.

Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (OMS, 1992)

Trastornos delirantes persistentes:

Grupo de trastornos caracterizado por la aparición de un único tema delirante o de un grupo de ideas delirantes relacionadas entre sí que normalmente son muy persistentes, y que incluso pueden durar hasta el final de la vida del individuo. El contenido del tema o conjunto de ideas delirantes es muy variable. A menudo es de persecución, hipocondriaco o de grandeza, pero también puede referirse a temas de litigio o de celos o poner de manifiesto la convicción de que una parte del propio cuerpo está deformada o de que otros piensan que se despiden mal olor o que se es homosexual. Lo más característico es que no se presente otra psicopatología, pero pueden aparecer de modo intermitente síntomas depresivos y, en algunos casos, alucinaciones olfatorias y táctiles. Las voces alucinatorias, los síntomas esquizofrénicos tales como las ideas delirantes de ser controlado, el embotamiento afectivo y la presencia de una enfermedad cerebral son incompatibles con este diagnóstico. Sin embargo, alucinaciones auditivas ocasionales o transitorias, no típicamente esquizofrénicas y que no constituyen una parte principal del cuadro clínico, no excluyen el diagnóstico en enfermos ancianos.

Suele comenzar hacia la edad media o avanzada de la vida, pero algunas veces, especialmente en casos de creencias sobre deformaciones del cuerpo, surge en el inicio de la madurez. El contenido de las ideas delirantes y el momento en el que aparecen y suele poder tener relación con algunas situaciones biográficas significativas, por ejemplo, ideas delirantes de persecución en personas que pertenecen a minorías sociales. Fuera del comportamiento directamente relacionado con el tema de las ideas o sistema delirante, son normales la afectividad, el lenguaje y el resto de la conducta.

Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (OMS, 1992)

Trastornos delirantes inducidos:

Trastorno de ideas delirantes, poco frecuente, compartido por dos o más personas que comparten estrechos lazos emocionales. Sólo uno de los afectados padece un auténtico trastorno psicótico. En el otro o los otros las ideas delirantes son inducidas y normalmente remiten cuando se les separa. El trastorno psicótico del individuo dominante suele ser una esquizofrenia, pero esto no es algo ni necesario ni constante. Tanto las ideas delirantes originales de la persona dominante como las inducidas en la otra, son crónicas, de naturaleza persecutoria o de grandeza. Las creencias delirantes sólo son transmitidas de esta manera en circunstancias extraordinarias poco frecuentes. Casi siempre las dos personas son familiares cercanos, aislados del entorno por su lengua, cultura o por factores geográficos. Las personas en las cuales las ideas delirantes son inducidas suelen ser también dependientes o tienen una relación de servidumbre con la que padece la psicosis genuina.

Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (OMS, 1992)

Trastornos esquizoafectivos:

Trastornos episódicos en los cuales tanto los síntomas afectivos como los esquizofrénicos son destacados y se presentan durante el mismo episodio de la enfermedad, preferiblemente de forma simultánea o al menos con pocos días de diferencia entre unos y otros. No es clara aún su relación con los trastornos del humor (afectivos) y con los trastornos esquizofrénicos típicos. Otros cuadros en los cuales los síntomas afectivos aparecen superpuestos o forman parte de una enfermedad esquizofrénica preexistente, o en los cuales coexisten o alternan con otros tipos de trastornos de ideas delirantes persistentes, se clasifican bajo la categoría adecuada de F20-F29.

Los enfermos que sufren episodios esquizoafectivos recurrentes, en particular aquellos cuyos síntomas son de tipo maníaco más que de tipo depresivo, generalmente se recuperan completamente y sólo rara vez desarrollan un estado defectual. Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (OMS, 1992)

Trastorno bipolar:

Trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados (es decir, al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión). Lo característico es que se produzca una recuperación completa entre los episodios aislados. A diferencia de otros trastornos del humor (afectivos) la incidencia en ambos sexos es aproximadamente la misma. Dado que los enfermos que sufren únicamente episodios repetidos de manía son relativamente escasos y de características muy parecidas (antecedentes familiares, personalidad premórbida, edad de comienzo y pronóstico a largo plazo) al resto de los enfermos que tienen al menos episodios ocasionales de depresión, estos enfermos se clasifican como otro trastorno bipolar (F31.8).

Los episodios de manía comienzan normalmente de manera brusca y se prolongan durante un período de tiempo que oscila entre dos semanas y cuarto a cinco meses (la duración mediana es de cuatro meses). Las depresiones tienden a durar más (su duración mediana es de seis meses), aunque rara vez se prolongan más de un año, excepto en personas de edad avanzada. Ambos tipos de episodios sobrevienen a menudo a raíz de acontecimientos estresantes u otros traumas psicológicos, aunque su presencia o ausencia no es esencial para el diagnóstico. El primer episodio puede presentarse a cualquier edad, desde la infancia hasta la senectud. La frecuencia de los episodios y la forma de las recaídas y remisiones pueden ser muy variables, aunque las remisiones tienden a ser más cortas y las depresiones más frecuentes y prolongadas al sobrepasar la edad media de la vida.

Incluye:

Trastorno maníaco-depresivo, Psicosis maníaco-depresiva, Reacción maníaco-depresiva.

Excluye:

Trastorno bipolar, episodio maníaco (F30.-), Ciclotimia (F34.0).

Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (OMS, 1992)

Trastorno depresivo recurrente:

Trastorno que se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve (F32.0), moderado (F32.1) o grave (F32.2 y F32.3), pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad suficientes para satisfacer las pautas de manía F30.1 y F30.2. No obstante, pueden haberse presentado episodios breves de elevación ligera del estado de ánimo o hiperactividad (que satisface las pautas de hipomanía F30.0) inmediatamente después de un episodio depresivo, a veces precipitados por el tratamiento antidepresivo. La edad de comienzo y la gravedad, duración y frecuencia de los episodios depresivos pueden ser muy variables. En general, el primer episodio se presenta más tarde que en el trastorno bipolar, situándose la edad media de comienzo en la quinta década de vida. Los episodios también suelen tener una duración de tres a doce meses (duración media de seis meses), pero las recaídas son menos frecuentes. La recuperación suele ser completa; un pequeño número de enfermos queda crónicamente deprimido, en especial si se trata de personas de edad avanzada (en estos casos ha de utilizarse también esta categoría). A menudo acontecimientos vitales estresantes son capaces de precipitar episodios aislados con independencia de su gravedad y en muchas culturas son dos veces más frecuentes en las mujeres que en los varones, tanto los episodios aislados como cuando se trata de depresiones persistentes.

Incluye:

Episodios recurrentes de: Reacción depresiva. Depresión psicógena. Depresión reactiva. Trastorno afectivo estacional (F33.0 o F33.1). Episodios recurrentes de: Depresión endógena. Depresión mayor. Psicosis maniaco-depresiva (de tipo depresivo). Depresión psicótica psicógena o reactiva. Depresión psicótica. Depresión vital (F33.2 o F33.3).

Excluye:

Episodios depresivos breves recurrentes (F38.1).

Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (OMS, 1992)

Trastorno obsesivo compulsivo:

La característica esencial de este trastorno es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes. Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo, de una forma estereotipada. Suelen ser siempre desagradables (por su contenido violento u obsceno, o simplemente porque son percibidos como carentes de sentido) y el que los padece suele intentar, por lo general sin éxito, resistirse a ellos. Son, sin embargo, percibidos como pensamientos propios, a pesar de que son involuntarios y a menudo repulsivos. Los actos o rituales compulsivos son formas de conducta estereotipadas que se repiten una y otra vez. No son por sí mismos placenteros, ni dan lugar a actividades útiles por sí mismas. Para el enfermo tienen la función de prevenir que tenga lugar algún hecho objetivamente improbable. Suele tratarse de rituales para conjurar el que uno mismo reciba daño de alguien o se lo pueda producir a otros. A menudo, aunque no siempre, este comportamiento es reconocido por el enfermo como carente de sentido o de eficacia, y hace reiterados intentos para resistirse a él. En casos de larga evolución, la resistencia puede haber quedado reducida a un nivel mínimo. Casi siempre está presente un cierto grado de ansiedad. Existe una íntima relación entre los síntomas obsesivos, en especial pensamientos obsesivos, y la depresión. Los enfermos con trastornos obsesivo-compulsivos tienen a menudo síntomas depresivos y en enfermos que sufren un trastorno depresivo recurrente (F33.-) a menudo se presentan pensamientos obsesivos durante sus episodios de depresión. En ambas situaciones el incremento o la disminución en la gravedad de los síntomas depresivos se acompaña por lo general por cambios paralelos en la gravedad de los síntomas obsesivos.

El trastorno obsesivo-compulsivo es tan frecuente en varones como en mujeres y la personalidad básica suele tener rasgos anancásticos destacados. El comienzo se sitúa habitualmente en la infancia o al principio de la vida adulta. El curso es variable y, en ausencia de síntomas depresivos significativos, tiende más a la evolución crónica.

Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (OMS, 1992)

Reforma Psiquiátrica:

Llamamos reforma psiquiátrica (PASTOR, 2010:29) a una serie de procesos de transformación de atención a la salud mental que se producen fundamentalmente en Occidente tras la Segunda Guerra Mundial con unos objetivos comunes: 1) La transformación o el cierre de hospitales psiquiátricos y la creación de redes de asistencia en la comunidad; 2) la integración de la atención psiquiátrica en la sanidad general; 3) la modificación de la legislación de los países a fin de mejorar los derechos civiles de los pacientes mentales; y 4) la lucha contra el estigma promoviendo actitudes más positivas en el imaginario social de las poblaciones hacia la enfermedad mental.

11.2 ANEXO 2: TABLAS DATOS CUANTITATIVOS (MEMORIAS CRL)

BLOQUE A: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

TABLA 1: VARIABLE SEXO

	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
ALCORCÓN								
Varones	28	36	30	35	37	32,14	33,2	74,44
Mujeres	8	10	11	14	14	75,00	11,4	25,56
TOTAL	36	46	41	49	51	41,67	44,6	100,00
CARABANCHEL								
Varones	37	40	40	44	57	54,05	43,6	70,55
Mujeres	20	19	21	20	11	-45,00	18,2	29,45
TOTAL	57	59	61	64	68	19,30	61,8	100,00
FUENCARRAL								
Varones	23	36	43	49	51	121,74	40,4	65,80
Mujeres	14	22	21	23	25	78,57	21	34,20
TOTAL	37	58	64	72	76	105,41	61,4	100,00
FUENLABRADA								
Varones	37	48	48	54	49	32,43	47,2	69,41
Mujeres	21	24	22	19	18	-14,29	20,8	30,59
TOTAL	58	72	70	73	67	15,52	68	100,00
GETAFE								
Varones	52	54	65	57	57	9,62	57	73,45
Mujeres	23	19	21	19	21	-8,70	20,6	26,55
TOTAL	75	73	86	76	78	4,00	77,6	100,00
HORTALEZA								
Varones	50	47	45	48	42	-16,00	46,4	72,50
Mujeres	11	16	20	20	21	90,91	17,6	27,50
TOTAL	61	63	65	68	63	3,28	64	100,00
LATINA								
Varones	29	37	43	44	48	65,52	40,2	71,28
Mujeres	10	13	17	19	22	120,00	16,2	28,72
TOTAL	39	50	60	63	70	79,49	56,4	100,00
VENTAS								
Varones	41	41	43	47	49	19,51	44,2	59,57
Mujeres	24	33	32	29	32	33,33	30	40,43
TOTAL	65	74	75	76	81	24,62	74,2	100,00
PEDREZUELA								
Varones	53	50	54	53	55	3,77	53	81,04
Mujeres	9	11	15	14	13	44,44	12,4	18,96
TOTAL	62	61	69	67	68	9,68	65,4	100,00
RETIRO								
Varones	49	53	53	56	56	14,29	53,4	76,95
Mujeres	16	16	15	16	17	6,25	16	23,05
TOTAL	65	69	68	72	73	12,31	69,4	100,00
SAN BLAS								
Varones	29	40	47	46	47	62,07	41,8	63,14
Mujeres	21	25	24	28	24	14,29	24,4	36,86
TOTAL	50	65	71	74	71	42,00	66,2	100,00
TORREJÓN								
Varones	53	52	45	43	48	-9,43	48,2	73,93
Mujeres	18	15	16	18	18	0,00	17	26,07
TOTAL	71	67	61	61	66	-7,04	65,2	100,00
USERA								
Varones	12	23	31	41	39	225,00	29,2	59,84
Mujeres	5	13	18	25	37	640,00	19,6	40,16
TOTAL	17	36	49	66	76	347,06	48,8	100,00
VALLECAS								
Varones	34	44	50	49	47	38,24	44,8	67,88
Mujeres	20	21	19	22	24	20,00	21,2	32,12
TOTAL	54	65	69	71	71	31,48	66	100,00
VÁZQUEZ-MELLA								
Varones	7	31	34	41	46	557,14	31,8	69,43
Mujeres	2	16	13	17	22	1000,00	14	30,57
TOTAL	9	47	47	58	68	655,56	45,8	100,00
VILLAVEUDE								
Varones	30	40	41	41	44	46,67	39,2	61,64
Mujeres	26	28	23	21	24	-7,69	24,4	38,36
TOTAL	56	68	64	62	68	21,43	63,6	100,00

TABLA 2: VARIABLE EDAD:

ALCORCÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
< 20	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0
20-24	3	1	1	3	2	-33,33	2
25-29	6	5	6	8	6	0,00	6,2
30-34	14	17	12	10	7	-50,00	12
35-39	7	15	13	16	19	171,43	14
40-44	6	5	5	7	12	100,00	7
45-49	0	3	4	5	4	#¡DIV/0!	3,2
50-54	0	0	0	0	1	#¡DIV/0!	0,2
55-60	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0
61-65	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0
TOTAL	36	46	41	49	51	41,67	44,6
CARABANCHEL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
< 20	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0
20-24	3	3	4	4	5	66,67	3,8
25-29	13	12	12	8	7	-46,15	10,4
30-34	14	15	11	12	8	-42,86	12
35-39	17	16	17	17	19	11,76	17,2
40-44	3	6	11	13	18	500,00	10,2
45-49	5	5	4	5	4	-20,00	4,6
50-54	2	2	2	3	5	150,00	2,8
55-60	0	0	0	2	2	#¡DIV/0!	0,8
61-65	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0
TOTAL	57	59	61	64	68	19,30	61,8
FUENCARRAL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
< 20	1	0	0	0	0	-100,00	0,2
20-24	2	4	3	3	1	-50,00	2,6
25-29	7	10	7	5	4	-42,86	6,6
30-34	12	15	17	17	19	58,33	16
35-39	9	19	21	24	29	222,22	20,4
40-44	5	7	12	15	15	200,00	10,8
45-49	1	3	3	6	6	500,00	3,8
50-54	0	0	0	1	2	#¡DIV/0!	0,6
55-60	0	0	1	1	0	#¡DIV/0!	0,4
61-65	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0
TOTAL	37	58	64	72	76	105,41	61,4
FUENLABRADA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
< 20	0	0	0	0	1	#¡DIV/0!	0,2
20-24	13	10	9	5	4	-69,23	8,2
25-29	11	16	16	21	19	72,73	16,6
30-34	16	19	22	25	21	31,25	20,6
35-39	8	15	12	14	11	37,50	12
40-44	8	7	5	4	5	-37,50	5,8
45-49	2	5	6	4	6	200,00	4,6
50-54	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0
55-60	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0
61-65	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0
TOTAL	58	72	70	73	67	15,52	68
GETAFE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
< 20	0	0	1	0	0	#¡DIV/0!	0,2
20-24	8	5	10	6	6	-25,00	7
25-29	15	11	13	10	6	-60,00	11
30-34	24	27	27	15	18	-25,00	22,2
35-39	9	9	13	25	24	166,67	16
40-44	13	11	16	12	14	7,69	13,2
45-49	5	9	4	4	6	20,00	5,6
50-54	1	1	2	4	3	200,00	2,2
55-60	0	0	0	0	1	#¡DIV/0!	0,2
61-65	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0
TOTAL	75	73	86	76	78	4,00	77,6

HORTALEZA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
< 20	0	0	0	0	0	#i DIV/0!	0
20-24	1	3	4	1	1	0,00	2
25-29	8	8	8	15	13	62,50	10,4
30-34	23	22	20	14	8	-65,22	17,4
35-39	21	19	19	18	19	-9,52	19,2
40-44	6	8	11	13	16	166,67	10,8
45-49	2	3	3	6	4	100,00	3,6
50-54	0	0	0	1	2	#i DIV/0!	0,6
55-60	0	0	0	0	0	#i DIV/0!	0
61-65	0	0	0	0	0	#i DIV/0!	0
TOTAL	61	63	65	68	63	3,28	64
LATINA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
< 20	0	0	0	0	0	#i DIV/0!	0
20-24	1	2	2	1	1	0,00	1,4
25-29	7	8	3	4	4	-42,86	5,2
30-34	9	14	14	10	7	-22,22	10,8
35-39	12	14	18	22	27	125,00	18,6
40-44	6	7	14	16	17	183,33	12
45-49	4	5	8	7	9	125,00	6,6
50-54	0	0	1	3	5	#i DIV/0!	1,8
55-60	0	0	0	0	0	#i DIV/0!	0
61-65	0	0	0	0	0	#i DIV/0!	0
TOTAL	39	50	60	63	70	79,49	56,4
VENTAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
< 20	0	0	0	0	0	#i DIV/0!	0
20-24	5	3	2	2	0	-100,00	2,4
25-29	10	4	8	9	10	0,00	8,2
30-34	13	14	13	12	8	-38,46	12
35-39	12	19	19	20	18	50,00	17,6
40-44	13	10	12	10	20	53,85	13
45-49	12	21	14	16	16	33,33	15,8
50-54	0	3	6	5	8	#i DIV/0!	4,4
55-60	0	0	1	2	1	#i DIV/0!	0,8
61-65	0	0	0	0	0	#i DIV/0!	0
TOTAL	65	74	75	76	81	24,62	74,2
PEDREZUELA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
< 20	1	0	0	0	0	-100,00	0,2
20-24	4	4	4	2	0	-100,00	2,8
25-29	11	9	10	8	11	0,00	9,8
30-34	20	13	15	12	13	-35,00	14,6
35-39	15	20	23	22	16	6,67	19,2
40-44	4	8	10	15	15	275,00	10,4
45-49	6	3	3	3	5	-16,67	4
50-54	1	3	4	5	7	600,00	4
55-60	0	1	0	0	1	#i DIV/0!	0,4
61-65	0	0	0	0	0	#i DIV/0!	0
TOTAL	62	61	69	67	68	9,68	65,4
RETIRO	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
< 20	0	0	1	1	0	#i DIV/0!	0,4
20-24	8	3	1	2	0	-100,00	2,8
25-29	15	10	9	6	8	-46,67	9,6
30-34	16	19	14	18	14	-12,50	16,2
35-39	14	18	18	18	18	28,57	17,2
40-44	11	13	15	14	19	72,73	14,4
45-49	1	6	6	8	7	600,00	5,6
50-54	0	0	2	3	5	#i DIV/0!	2
55-60	0	0	2	2	1	#i DIV/0!	1
61-65	0	0	0	0	1	#i DIV/0!	0,2
TOTAL	65	69	68	72	73	12,31	69,4

SAN BLAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
< 20	0	0	0	0	0	#i DIV/0!	0
20-24	5	7	3	2	2	-60,00	3,8
25-29	5	7	6	7	7	40,00	6,4
30-34	14	16	14	13	11	-21,43	13,6
35-39	10	16	17	18	20	100,00	16,2
40-44	9	10	18	19	13	44,44	13,8
45-49	6	7	11	10	12	100,00	9,2
50-54	1	1	1	5	5	400,00	2,6
55-60	0	1	1	0	1	#i DIV/0!	0,6
61-65	0	0	0	0	0	#i DIV/0!	0
TOTAL	50	65	71	74	71	42,00	66,2
TORREJON ARDOZ	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
< 20	2	1	0	0	0	-100,00	0,6
20-24	11	11	7	1	4	-63,64	6,8
25-29	16	17	19	15	19	18,75	17,2
30-34	22	15	17	19	19	-13,64	18,4
35-39	15	17	14	20	18	20,00	16,8
40-44	2	2	1	3	4	100,00	2,4
45-49	1	2	1	2	1	0,00	1,4
50-54	2	2	2	1	1	-50,00	1,6
55-60	0	0	0	0	0	#i DIV/0!	0
61-65	0	0	0	0	0	#i DIV/0!	0
TOTAL	71	67	61	61	66	-7,04	65,2
USERA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
< 20	0	0	0	0	0	#i DIV/0!	0
20-24	1	0	3	4	3	200,00	2,2
25-29	3	3	5	5	4	33,33	4
30-34	3	11	13	14	13	333,33	10,8
35-39	8	10	13	22	22	175,00	15
40-44	2	9	10	11	16	700,00	9,6
45-49	0	3	4	7	10	#i DIV/0!	4,8
50-54	0	0	0	1	4	#i DIV/0!	1
55-60	0	0	1	2	1	#i DIV/0!	0,8
61-65	0	0	0	0	0	#i DIV/0!	0
TOTAL	17	36	49	66	73	329,41	48,2
VALLECAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
< 20	0	0	1	0	0	#i DIV/0!	0,2
20-24	5	4	2	3	2	-60,00	3,2
25-29	9	12	11	11	8	-11,11	10,2
30-34	16	15	19	17	13	-18,75	16
35-39	10	15	15	17	26	160,00	16,6
40-44	7	11	11	12	11	57,14	10,4
45-49	6	6	5	5	4	-33,33	5,2
50-54	1	2	4	5	4	300,00	3,2
55-60	0	0	1	1	3	#i DIV/0!	1
61-65	0	0	0	0	0	#i DIV/0!	0
TOTAL	54	65	69	71	71	31,48	66
VÁZQUEZ-MELLA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
< 20	0	0	0	0	0	#i DIV/0!	0
20-24	1	1	2	2	2	100,00	1,6
25-29	3	6	9	5	3	0,00	5,2
30-34	1	13	17	11	12	1100,00	10,8
35-39	2	16	11	18	16	700,00	12,6
40-44	1	7	6	12	20	1900,00	9,2
45-49	1	2	1	7	10	900,00	4,2
50-54	0	2	1	2	3	#i DIV/0!	1,6
55-60	0	0	0	1	2	#i DIV/0!	0,6
61-65	0	0	0	0	0	#i DIV/0!	0
TOTAL	9	47	47	58	68	655,56	45,8
VILLAVEDE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
< 20	0	0	1	1	1	#i DIV/0!	0,6
20-24	3	2	4	3	5	66,67	3,4
25-29	15	17	15	11	10	-33,33	13,6
30-34	10	12	11	11	12	20,00	11,2
35-39	12	13	11	13	16	33,33	13
40-44	9	12	10	10	9	0,00	10
45-49	4	8	9	11	11	175,00	8,6
50-54	3	4	3	2	2	-33,33	2,8
55-60	0	0	0	0	2	#i DIV/0!	0,4
61-65	0	0	0	0	0	#i DIV/0!	0
TOTAL	56	68	64	62	68	21,43	63,6

TABLA 3: VARIABLE ESTADO CIVIL:

ALCORCÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Solteros	33	41	37	46	46	39,39	40,6	91,03
Casado /pareja hech	1	2	2	1	2	100,00	1,6	3,59
Separado/divorciadc	2	2	2	2	3	50,00	2,2	4,93
Viudo	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
No se conoce	0	1	0	0	0	#iDIV/0!	0,2	0,45
TOTAL	36	46	41	49	51	41,67	44,6	100,00
CARABANCHEL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Solteros	49	52	55	55	58	18,37	53,8	87,06
Casado /pareja hech	3	3	3	3	4	33,33	3,2	5,18
Separado/divorciadc	4	3	3	5	5	25,00	4	6,47
Viudo	0	0	0	1	1	#iDIV/0!	0,4	0,65
No se conoce	1	1	0	0	0	-100,00	0,4	0,65
TOTAL	57	59	61	64	68	19,30	61,8	100,00
FUENCARRAL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Solteros	35	56	59	67	69	97,14	57,2	93,16
Casado /pareja hech	1	1	1	1	2	100,00	1,2	1,95
Separado/divorciadc	1	1	3	3	4	300,00	2,4	3,91
Viudo	0	0	1	1	1	#iDIV/0!	0,6	0,98
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	37	58	64	72	76	105,41	61,4	100,00
FUENLABRADA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Solteros	53	67	61	67	59	11,32	61,4	90,29
Casado /pareja hech	2	1	4	3	3	50,00	2,6	3,82
Separado/divorciadc	3	4	5	3	5	66,67	4	5,88
Viudo	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	58	72	70	73	67	15,52	68	100,00
GETAFE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Solteros	66	63	75	66	68	3,03	67,6	87,11
Casado /pareja hech	3	2	4	3	3	0,00	3	3,87
Separado/divorciadc	6	8	7	7	7	16,67	7	9,02
Viudo	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	75	73	86	76	78	4,00	77,6	100,00
HORTALEZA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Solteros	58	61	63	65	59	1,72	61,2	95,63
Casado /pareja hech	1	0	0	0	0	-100,00	0,2	0,31
Separado/divorciadc	2	2	2	3	4	100,00	2,6	4,06
Viudo	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	61	63	65	68	63	3,28	64	100,00
LATINA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Solteros	31	39	51	50	54	74,19	45	79,79
Casado /pareja hech	3	4	4	5	5	66,67	4,2	7,45
Separado/divorciadc	5	7	5	7	9	80,00	6,6	11,70
Viudo	0	0	0	1	2	#iDIV/0!	0,6	1,06
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	39	50	60	63	70	79,49	56,4	100,00
VENTAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Solteros	59	66	68	70	70	18,64	66,6	89,76
Casado /pareja hech	2	3	3	2	5	150,00	3	4,04
Separado/divorciadc	4	5	4	4	6	50,00	4,6	6,20
Viudo	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	65	74	75	76	81	24,62	74,2	100,00
PEDREZUELA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Solteros	59	58	66	61	62	5,08	61,2	93,58
Casado /pareja hech	0	0	1	2	2	#iDIV/0!	1	1,53
Separado/divorciadc	3	3	2	4	4	33,33	3,2	4,89
Viudo	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	62	61	69	67	68	9,68	65,4	100,00

RETIRO	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Solteros	63	67	64	67	66	4,76	65,4	94,24
Casado /pareja hech	0	0	2	2	2	#iDIV/0!	1,2	1,73
Separado/divorciadc	2	2	2	3	5	150,00	2,8	4,03
Viudo	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	65	69	68	72	73	12,31	69,4	100,00
SAN BLAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Solteros	40	52	56	59	60	50,00	53,4	80,66
Casado /pareja hech	4	4	6	6	4	0,00	4,8	7,25
Separado/divorciadc	5	9	9	8	6	20,00	7,4	11,18
Viudo	0	0	0	1	1	#iDIV/0!	0,4	0,60
No se conoce	1	0	0	0	0	-100,00	0,2	0,30
TOTAL	50	65	71	74	71	42,00	66,2	100,00
TORREJON	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Solteros	67	63	56	53	57	-14,93	59,2	90,80
Casado /pareja hech	1	1	4	5	6	500,00	3,4	5,21
Separado/divorciadc	3	3	1	3	3	0,00	2,6	3,99
Viudo	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	71	67	61	61	66	-7,04	65,2	100,00
USERA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Solteros	16	33	45	61	69	331,25	44,8	91,80
Casado /pareja hech	1	1	1	0	0	-100,00	0,6	1,23
Separado/divorciadc	0	2	3	5	7	#iDIV/0!	3,4	6,97
Viudo	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	17	36	49	66	76	347,06	48,8	100,00
VALLECAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Solteros	42	52	56	65	65	54,76	56	84,85
Casado /pareja hech	5	5	5	2	2	-60,00	3,8	5,76
Separado/divorciadc	7	8	8	4	4	-42,86	6,2	9,39
Viudo	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	54	65	69	71	71	31,48	66	100,00
VÁZQUEZ-MELLA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Solteros	9	46	44	54	62	588,89	43	93,89
Casado /pareja hech	0	0	1	0	2	#iDIV/0!	0,6	1,31
Separado/divorciadc	0	1	2	4	4	#iDIV/0!	2,2	4,80
Viudo	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	9	47	47	58	68	655,56	45,8	100,00
VILLAVERDE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Solteros	45	53	53	49	57	26,67	51,4	80,82
Casado /pareja hech	7	11	6	6	5	-28,57	7	11,01
Separado/divorciadc	4	4	5	7	5	25,00	5	7,86
Viudo	0	0	0	0	1	#iDIV/0!	0,2	0,31
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	56	68	64	62	68	21,43	63,6	100,00

TABLA 4: VARIABLE PERSONAS ATENDIDAS CON HIJOS:

ALCORCÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	3	4	4	2	2	-33,33	3	6,73
NO	33	41	37	45	49	48,48	41	91,93
No se conoce	0	1	0	2	0	#iDIV/0!	0,6	1,35
TOTAL	36	46	41	49	51	41,67	44,6	100,00
CARABANCHEL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	7	8	8	11	12	71,43	9,2	14,84
NO	48	51	53	53	57	18,75	52,4	84,52
No se conoce	2	0	0	0	0	-100,00	0,4	0,65
TOTAL	57	59	61	64	69	21,05	62	100,00
FUENCARRAL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	3	5	8	9	11	266,67	7,2	11,73
NO	34	53	56	63	65	91,18	54,2	88,27
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	37	58	64	72	76	105,41	61,4	100,00
FUENLABRADA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	6	9	9	7	10	66,67	8,2	12,06
NO	52	63	60	65	56	7,69	59,2	87,06
No se conoce	0	0	1	1	1	#iDIV/0!	0,6	0,88
TOTAL	58	72	70	73	67	15,52	68	100,00
GETAFE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	9	8	7	7	8	-11,11	7,8	10,05
NO	66	65	79	69	70	6,06	69,8	89,95
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	75	73	86	76	78	4,00	77,6	100,00
HORTALEZA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	2	1	1	3	3	50,00	2	3,13
NO	59	62	64	65	60	1,69	62	96,88
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	61	63	65	68	63	3,28	64	100,00
LATINA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	5	8	6	8	12	140,00	7,8	13,88
NO	34	41	54	55	58	70,59	48,4	86,12
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	39	49	60	63	70	79,49	56,2	100,00
VENTAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	4	5	3	3	6	50,00	4,2	5,66
NO	61	69	72	73	75	22,95	70	94,34
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	65	74	75	76	81	24,62	74,2	100,00
PEDREZUELA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	3	3	3	5	5	66,67	3,8	5,81
NO	59	58	66	62	63	6,78	61,6	94,19
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	62	61	69	67	68	9,68	65,4	100,00
RETIRO	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	2	1	2	4	4	100,00	2,6	3,75
NO	63	68	66	68	69	9,52	66,8	96,25
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	65	69	68	72	73	12,31	69,4	100,00
SAN BLAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	7	11	12	13	8	14,29	10,2	15,41
NO	43	54	59	61	63	46,51	56	84,59
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	50	65	71	74	71	42,00	66,2	100,00

TORREJÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	6	5	4	7	6	0,00	5,6	8,59
NO	65	62	57	54	60	-7,69	59,6	91,41
No se conoce	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
TOTAL	71	67	61	61	66	-7,04	65,2	100,00
USERA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	1	3	3	5	10	900,00	4,4	9,02
NO	16	33	46	61	66	312,50	44,4	90,98
No se conoce	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
TOTAL	17	36	49	66	76	347,06	48,8	100,00
VALLECAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	12	12	10	10	8	-33,33	10,4	15,76
NO	40	52	58	61	63	57,50	54,8	83,03
No se conoce	2	1	1	0	0	-100,00	0,8	1,21
TOTAL	54	65	69	71	71	31,48	66	100,00
VÁZQUEZ-MELLA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	0	3	0	2	3	#¡DIV/0!	1,6	3,49
NO	9	44	47	56	65	622,22	44,2	96,51
No se conoce	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
TOTAL	9	47	47	58	68	655,56	45,8	100,00
VILLASVERDE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	12	15	11	10	9	-25,00	11,4	17,92
NO	44	53	53	52	59	34,09	52,2	82,08
No se conoce	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
TOTAL	56	68	64	62	68	21,43	63,6	100,00

TABLA 5: VARIABLE SITUACIÓN LABORAL:

ALCORCÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Trabajando	5	5	4	17	19	280,00	10	22,42
Buscando primer em	0	0	0	1	1	#iDIV/0!	0,4	0,90
Parado	25	35	34	27	26	4,00	29,4	65,92
Estudiante	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
Jubilado/Pensionista	3	5	2	4	5	66,67	3,8	8,52
Labores del hogar	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
Otros	0	0	1	0	0	#iDIV/0!	0,2	0,45
No activo	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
No se conoce	3	1	0	0	0	-100,00	0,8	1,79
TOTAL	36	46	41	49	51	41,67	44,6	100,00
CARABANCHEL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Trabajando	24	21	24	25	23	-4,17	23,4	37,86
Buscando primer em	2	1	1	6	5	150,00	3	4,85
Parado	25	33	35	28	36	44,00	31,4	50,81
Estudiante	1	2	1	2	3	200,00	1,8	2,91
Jubilado/Pensionista	0	0	0	0	1	#iDIV/0!	0,2	0,32
Labores del hogar	0	0	0	1	0	#iDIV/0!	0,2	0,32
Otros	2	1	0	0	0	-100,00	0,6	0,97
No activo	1	1	0	2	0	-100,00	0,8	1,29
No se conoce	2	0	0	0	0	-100,00	0,4	0,65
TOTAL	57	59	61	64	68	19,30	61,8	100,00
FUENCARRAL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Trabajando	7	15	21	35	32	357,14	22	35,83
Buscando primer em	1	0	1	0	0	-100,00	0,4	0,65
Parado	26	19	20	10	16	-38,46	18,2	29,64
Estudiante	1	1	0	0	0	-100,00	0,4	0,65
Jubilado/Pensionista	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
Labores del hogar	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
Otros	1	0	0	0	0	-100,00	0,2	0,33
No activo	1	22	20	27	28	2700,00	19,6	31,92
No se conoce	0	1	2	0	0	#iDIV/0!	0,6	0,98
TOTAL	37	58	64	72	76	105,41	61,4	100,00
FUENLABRADA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Trabajando	10	11	13	9	6	-40,00	9,8	14,41
Buscando primer em	6	4	6	4	3	-50,00	4,6	6,76
Parado	37	51	49	59	57	54,05	50,6	74,41
Estudiante	0	0	0	0	1	#iDIV/0!	0,2	0,29
Jubilado/Pensionista	4	6	2	1	0	-100,00	2,6	3,82
Labores del hogar	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
Otros	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
No activo	1	0	0	0	0	-100,00	0,2	0,29
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	58	72	70	73	67	15,52	68	100,00
GETAFE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Trabajando	32	28	31	35	31	-3,13	31,4	40,46
Buscando primer em	2	0	6	2	3	50,00	2,6	3,35
Parado	35	31	29	34	37	5,71	33,2	42,78
Estudiante	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
Jubilado/Pensionista	6	6	7	5	4	-33,33	5,6	7,22
Labores del hogar	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
Otros	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
No activo	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
No se conoce	0	8	13	0	3	#iDIV/0!	4,8	6,19
TOTAL	75	73	86	76	78	4,00	77,6	100,00

HORTALEZA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Trabajando	13	16	16	22	19	46,15	17,2	26,88
Buscando primer em	3	2	2	0	0	-100,00	1,4	2,19
Parado	42	39	39	40	34	-19,05	38,8	60,63
Estudiante	0	0	2	2	4	#iDIV/0!	1,6	2,50
Jubilado/Pensionista	2	5	5	4	5	150,00	4,2	6,56
Labores del hogar	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
Otros	1	1	1	0	1	0,00	0,8	1,25
No activo	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	61	63	65	68	63	3,28	64	100,00
LATINA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Trabajando	10	11	11	10	9	-10,00	10,2	18,09
Buscando primer em	3	2	4	6	7	133,33	4,4	7,80
Parado	23	30	30	33	38	65,22	30,8	54,61
Estudiante	2	3	3	3	3	50,00	2,8	4,96
Jubilado/Pensionista	0	1	3	1	5	#iDIV/0!	2	3,55
Labores del hogar	0	0	0	1	1	#iDIV/0!	0,4	0,71
Otros	1	0	0	0	0	-100,00	0,2	0,35
No activo	0	3	9	9	7	#iDIV/0!	5,6	9,93
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	39	50	60	63	70	79,49	56,4	100,00
VENTAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Trabajando	38	35	38	41	42	10,53	38,8	52,29
Buscando primer em	0	0	8	2	1	#iDIV/0!	2,2	2,96
Parado	23	6	17	25	22	-4,35	18,6	25,07
Estudiante	4	33	7	8	15	275,00	13,4	18,06
Jubilado/Pensionista	0	0	5	0	1	#iDIV/0!	1,2	1,62
Labores del hogar	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
Otros	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
No activo	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	65	74	75	76	81	24,62	74,2	100,00
PEDREZUELA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Trabajando	41	33	42	42	42	2,44	40	61,16
Buscando primer em	2	1	1	0	1	-50,00	1	1,53
Parado	18	27	26	23	13	-27,78	21,4	32,72
Estudiante	1	0	0	2	12	1100,00	3	4,59
Jubilado/Pensionista	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
Labores del hogar	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
Otros	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
No activo	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	62	61	69	67	68	9,68	65,4	100,00
RETIRO	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Trabajando	27	20	26	24	21	-22,22	23,6	34,01
Buscando primer em	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
Parado	36	40	29	42	50	38,89	39,4	56,77
Estudiante	0	4	8	1	0	#iDIV/0!	2,6	3,75
Jubilado/Pensionista	2	5	5	5	2	0,00	3,8	5,48
Labores del hogar	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
Otros	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
No activo	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	65	69	68	72	73	12,31	69,4	100,00
SAN BLAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Trabajando	4	15	20	31	21	425,00	18,2	27,49
ILT	4	2	0	0	0	-100,00	1,2	1,81
Buscando primer em	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
Parado	34	40	51	37	48	41,18	42	63,44
Estudiante	2	1	0	6	0	-100,00	1,8	2,72
Jubilado/Pensionista	0	0	0	0	1	#iDIV/0!	0,2	0,30
Labores del hogar	1	0	0	0	0	-100,00	0,2	0,30
Otros	4	7	0	0	1	-75,00	2,4	3,63
No activo	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
No se conoce	1	0	0	0	0	-100,00	0,2	0,30
TOTAL	50	65	71	74	71	42,00	66,2	100,00

TORREJÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Trabajando	18	18	21	28	26	44,44	22,2	34,05
Buscando primer em	4	2	0	1	0	-100,00	1,4	2,15
Parado	41	40	34	19	32	-21,95	33,2	50,92
Estudiante	3	0	0	4	3	0,00	2	3,07
Jubilado/Pensionista	5	7	6	7	4	-20,00	5,8	8,90
Labores del hogar	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
Otros	0	0	0	0	1	#iDIV/0!	0,2	0,31
No activo	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
No se conoce	0	0	0	2	0	#iDIV/0!	0,4	0,61
TOTAL	71	67	61	61	66	-7,04	65,2	100,00
USERA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Trabajando	2	3	9	14	10	400,00	7,6	15,57
Buscando primer em	1	1	0	1	3	200,00	1,2	2,46
Parado	11	28	35	49	62	463,64	37	75,82
Estudiante	0	0	2	2	1	#iDIV/0!	1	2,05
Jubilado/Pensionista	0	1	1	0	0	#iDIV/0!	0,4	0,82
Labores del hogar	1	1	1	0	0	-100,00	0,6	1,23
Otros	1	1	0	0	0	-100,00	0,4	0,82
No activo	1	1	1	0	0	-100,00	0,6	1,23
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	17	36	49	66	76	347,06	48,8	100,00
VALLECAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Trabajando	5	11	10	17	17	240,00	12	18,29
Buscando primer em	1	2	2	0	1	0,00	1,2	1,83
Parado	25	34	42	36	37	48,00	34,8	53,05
Estudiante	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
Jubilado/Pensionista	3	4	0	5	6	100,00	3,6	5,49
Labores del hogar	0	0	0	2	1	#iDIV/0!	0,6	0,91
Otros	4	1	0	0	1	-75,00	1,2	1,83
No activo	15	13	13	11	5	-66,67	11,4	17,38
No se conoce	1	0	0	0	3	200,00	0,8	1,22
TOTAL	54	65	67	71	71	31,48	65,6	100,00
VÁZQUEZ-MELLA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Trabajando	7	14	20	22	24	242,86	17,4	37,99
Buscando primer em	0	2	2	0	0	#iDIV/0!	0,8	1,75
Parado	2	27	20	18	31	1450,00	19,6	42,79
Estudiante	0	0	5	4	4	#iDIV/0!	2,6	5,68
Jubilado/Pensionista	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
Labores del hogar	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
Otros	0	2	0	0	0	#iDIV/0!	0,4	0,87
No activo	0	1	0	0	2	#iDIV/0!	0,6	1,31
No se conoce	0	1	0	14	7	#iDIV/0!	4,4	9,61
TOTAL	9	47	47	58	68	655,56	45,8	100,00
VILLAVERDE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Trabajando	8	15	14	17	24	200,00	15,6	24,53
Buscando primer em	2	1	2	1	1	-50,00	1,4	2,20
Parado	41	45	46	40	36	-12,20	41,6	65,41
Estudiante	2	2	1	1	3	50,00	1,8	2,83
Jubilado/Pensionista	0	0	1	3	4	#iDIV/0!	1,6	2,52
Labores del hogar	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
Otros	2	2	0	0	0	-100,00	0,8	1,26
No activo	1	3	0	0	0	-100,00	0,8	1,26
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	56	68	64	62	68	21,43	63,6	100,00

TABLA 6: VARIABLE EXPERIENCIA LABORAL

ALCORCÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	33	45	39	46	50	51,52	42,6	95,52
NO	0	0	0	1	1	#¡DIV/0!	0,4	0,90
No activo	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
No se conoce	3	1	2	2	0	-100,00	1,6	2,67
TOTAL	36	46	41	49	51	41,67	44,6	100,00
CARABANCHE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	52	58	69	58	63	21,15	60	94,34
NO	3	1	1	6	5	66,67	3,2	5,03
No activo	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
No se conoce	2	0	0	0	0	-100,00	0,4	0,68
TOTAL	57	59	70	64	68	19,30	63,6	100,00
FUENCARRAL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	33	56	60	71	73	121,21	58,6	95,44
NO	4	1	4	1	3	-25,00	2,6	4,23
No activo	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
No se conoce	0	1	0	0	0	#¡DIV/0!	0,2	0,33
TOTAL	37	58	64	72	76	105,41	61,4	100,00
FUENLABRAD	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	54	69	66	70	65	20,37	64,8	95,29
NO	4	2	1	2	2	-50,00	2,2	3,24
No activo	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
No se conoce	0	1	3	1	0	#¡DIV/0!	1	1,47
TOTAL	58	72	70	73	67	15,52	68	100,00
GETAFE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	61	66	69	74	75	22,95	69	88,92
NO	2	2	17	2	3	50,00	5,2	6,70
No activo	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
No se conoce	12	5	0	0	0	-100,00	3,4	4,38
TOTAL	75	73	86	76	78	4,00	77,6	100,00
HORTALEZA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	55	59	61	65	58	5,45	59,6	93,13
NO	6	4	4	3	5	-16,67	4,4	6,88
No activo	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
No se conoce	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
TOTAL	61	63	65	68	63	3,28	64	100,00
LATINA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	S.D	41	53	54	63	#¡VALOR!	52,75	86,83
NO	S.D	9	7	9	7	#¡VALOR!	8	13,17
No activo	S.D	0	0	0	0	#¡VALOR!	0	0,00
No se conoce	S.D	0	0	0	0	#¡VALOR!	0	0,00
TOTAL	0	50	60	63	70	#¡DIV/0!	60,75	100,00
VENTAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	48	62	68	73	73	52,08	64,8	87,33
NO	17	12	7	3	8	-52,94	9,4	12,67
No activo	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
No se conoce	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
TOTAL	65	74	75	76	81	24,62	74,2	100,00
PEDREZUELA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	60	59	67	67	67	11,67	64	97,86
NO	2	2	2	0	1	-50,00	1,4	2,14
No activo	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
No se conoce	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
TOTAL	62	61	69	67	68	9,68	65,4	100,00
RETIRO	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	62	66	66	71	72	16,13	67,4	97,12
NO	1	1	2	1	1	0,00	1,2	1,73
No activo	0	2	0	0	0	#¡DIV/0!	0,4	0,58
No se conoce	2	0	0	0	0	-100,00	0,4	0,58
TOTAL	65	69	68	72	73	12,31	69,4	100,00

SAN BLAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	47	63	70	73	70	48,94	64,6	97,58
NO	1	0	1	1	1	0,00	0,8	1,21
No activo	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
No se conoce	2	2	0	0	0	-100,00	0,8	1,21
TOTAL	50	65	71	74	71	42,00	66,2	100,00
TORREJÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	66	65	60	61	64	-3,03	63,2	96,93
NO	5	2	1	0	0	-100,00	1,6	2,45
No activo	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
No se conoce	0	0	0	0	2	#¡DIV/0!	0,4	0,61
TOTAL	71	67	61	61	66	-7,04	65,2	100,00
USERA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	16	35	48	64	73	356,25	47,2	96,72
NO	1	1	1	2	3	200,00	1,6	3,28
No activo	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
No se conoce	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
TOTAL	17	36	49	66	76	347,06	48,8	100,00
VALLECAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	50	50	57	61	67	34,00	57	86,36
NO	0	10	11	10	4	#¡DIV/0!	7	10,61
No activo	2	2	0	0	0	-100,00	0,8	1,21
No se conoce	2	3	1	0	0	-100,00	1,2	1,82
TOTAL	54	65	69	71	71	31,48	66	100,00
VÁZQUEZ-ME	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	SIN DATOS	40	47	54	65	#¡VALOR!	51,5	93,64
NO	SIN DATOS	7	0	3	2	#¡VALOR!	3	5,45
No activo	SIN DATOS	0	0	0	0	#¡VALOR!	0	0,00
No se conoce	SIN DATOS	0	0	1	1	#¡VALOR!	0,5	0,91
TOTAL	0	47	47	58	68	#¡DIV/0!	55	100,00
VILLAVERDE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	54	63	57	58	64	18,52	59,2	93,08
NO	2	5	7	4	4	100,00	4,4	6,92
No activo	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
No se conoce	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
TOTAL	56	68	64	62	68	21,43	63,6	100,00

TABLA 7: VARIABLE INGRESOS ECONÓMICOS PROPIOS

ALCORCÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	24	33	31	40	43	79,17	34,2	76,68
NO	9	12	9	7	8	-11,11	9	20,18
No se conoce	3	1	1	2	0	-100,00	1,4	3,14
TOTAL	36	46	41	49	51	41,67	44,6	100,00
CARABANCHEL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	42	44	45	49	51	21,43	46,2	75,43
NO	13	14	14	15	17	30,77	14,6	23,84
No se conoce	2	1	2	0	0	-100,00	1	1,63
TOTAL	57	59	61	0	68	19,30	61,25	100,00
FUENCARRAL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	21	31	48	48	57	171,43	41	66,78
NO	11	27	15	24	19	72,73	19,2	31,27
No se conoce	5	0	1	0	0	-100,00	1,2	1,95
TOTAL	37	58	64	72	76	105,41	61,4	100,00
FUENLABRADA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	47	55	54	49	45	-4,26	50	73,53
NO	7	14	14	23	21	200,00	15,8	23,24
No se conoce	4	3	2	1	1	-75,00	2,2	3,24
TOTAL	58	72	70	73	67	15,52	68	100,00
GETAFE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	62	51	63	58	65	4,84	59,8	77,06
NO	13	21	23	18	8	-38,46	16,6	21,39
No se conoce	0	1	0	0	5	#¡DIV/0!	1,2	1,55
TOTAL	75	73	86	76	78	4,00	77,6	100,00
HORTALEZA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	47	39	52	60	49	4,26	49,4	77,19
NO	14	24	13	8	14	0,00	14,6	22,81
No se conoce	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
TOTAL	61	63	65	68	63	3,28	64	100,00
LATINA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	23	31	37	37	52	126,09	36	63,83
NO	16	19	23	26	18	12,50	20,4	36,17
No se conoce	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
TOTAL	39	50	60	63	70	79,49	56,4	100,00
VENTAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	55	60	58	54	67	21,82	58,8	79,25
NO	10	14	17	22	14	40,00	15,4	20,75
No se conoce	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
TOTAL	65	74	75	76	81	24,62	74,2	100,00
PEDREZUELA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	44	50	54	52	53	20,45	50,6	77,37
NO	18	11	15	15	15	-16,67	14,8	22,63
No se conoce	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
TOTAL	62	61	69	67	68	9,68	65,4	100,00
RETIRO	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	50	52	49	51	58	16,00	52	74,93
NO	13	15	19	21	15	15,38	16,6	23,92
No se conoce	2	2	0	0	0	-100,00	0,8	1,15
TOTAL	65	69	68	72	73	12,31	69,4	100,00
SAN BLAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	32	32	51	55	55	71,88	45	71,20
NO	18	18	19	19	16	-11,11	18	28,48
No se conoce	0	0	1	0	0	#¡DIV/0!	0,2	0,32
TOTAL	50	50	71	74	71	42,00	63,2	100,00
TORREJÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	49	45	40	47	51	4,08	46,4	71,17
NO	22	22	21	13	15	-31,82	18,6	28,53
No se conoce	0	0	0	1	0	#¡DIV/0!	0,2	0,31
TOTAL	71	67	61	61	66	-7,04	65,2	100,00

USERA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	8	25	38	49	61	662,50	36,2	74,18
NO	9	11	11	17	15	66,67	12,6	25,82
No se conoce	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
TOTAL	17	36	49	66	76	347,06	48,8	100,00
VALLECAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	43	49	52	60	62	44,19	53,2	80,61
NO	10	16	17	11	8	-20,00	12,4	18,79
No se conoce	1	0	0	0	1	0,00	0,4	0,61
TOTAL	54	65	69	71	71	31,48	66	100,00
VÁZQUEZ-MELLA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	7	30	33	35	40	471,43	29	63,60
NO	2	15	13	11	22	1000,00	12,6	27,63
No se conoce	0	2	1	11	6	#¡DIV/0!	4	8,77
TOTAL	9	47	47	57	68	655,56	45,6	100,00
VILLVERDE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	36	47	46	48	51	41,67	45,6	71,70
NO	20	21	18	14	17	-15,00	18	28,30
No se conoce	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
TOTAL	56	68	64	62	68	21,43	63,6	100,00

TABLA 8: VARIABLE PROCEDENCIA INGRESOS ECONÓMICOS PROPIOS

ALCORCÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Pension no contribut	9	10	6	8	11	22,22	8,8	19,82
Pension contributiva	4	5	2	6	7	75,00	4,8	10,81
RMI	0	0	1	1	2	#iDIV/0!	0,8	1,80
Trabajo	3	3	3	17	17	466,67	8,6	19,37
Orfandad	1	3	2	3	2	100,00	2,2	4,95
Hijo a cargo	7	11	10	12	8	14,29	9,6	21,62
Otros	1	4	7	3	6	500,00	4,2	9,46
No tiene o no se con	0	0	10	9	8	#iDIV/0!	5,4	12,16
TOTAL	25	36	41	59	61	144,00	44,4	100,00
CARABANCHEL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Pension no contribut	5	11	8	11	16	220,00	10,2	17,77
Pension contributiva	0	3	5	5	5	#iDIV/0!	3,6	6,27
RMI	1	2	2	2	1	0,00	1,6	2,79
Trabajo	30	22	26	23	25	-16,67	25,2	43,90
Orfandad	1	1	1	1	2	100,00	1,2	2,09
Hijo a cargo	2	5	3	3	6	200,00	3,8	6,62
Otros	8	14	14	4	6	-25,00	9,2	16,03
No tiene o no se con	10	1	2	0	0	-100,00	2,6	4,53
TOTAL	57	59	61	49	61	7,02	57,4	100,00
FUENCARRAL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Pension no contribut	6	5	7	5	5	-16,67	5,6	13,27
Pension contributiva	3	3	2	3	3	0,00	2,8	6,64
RMI	1	2	1	0	1	0,00	1	2,37
Trabajo	5	10	21	24	30	500,00	18	42,65
Orfandad	1	1	1	1	0	-100,00	0,8	1,90
Hijo a cargo	5	8	11	11	8	60,00	8,6	20,38
Otros	0	2	5	4	10	#iDIV/0!	4,2	9,95
No tiene o no se con	5	0	0	1	0	-100,00	1,2	2,84
TOTAL	26	31	48	49	57	119,23	42,2	100,00
FUENLABRADA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Pension no contribut	15	15	19	18	17	13,33	16,8	33,60
Pension contributiva	7	7	3	3	4	-42,86	4,8	9,60
RMI	0	3	2	2	2	#iDIV/0!	1,8	3,60
Trabajo	6	11	13	8	4	-33,33	8,4	16,80
Orfandad	0	3	1	0	0	#iDIV/0!	0,8	1,60
Hijo a cargo	4	6	6	9	7	75,00	6,4	12,80
Otros	9	8	8	7	8	-11,11	8	16,00
No tiene o no se con	6	2	2	2	3	-50,00	3	6,00
TOTAL	47	55	54	49	45	-4,26	50	100,00
GETAFE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Pension no contribut	26	28	9	5	8	-69,23	15,2	22,82
Pension contributiva	14	9	9	4	0	-100,00	7,2	10,81
RMI	6	0	1	2	5	-16,67	2,8	4,20
Trabajo	5	6	33	32	29	480,00	21	31,53
Orfandad	9	7	1	0	11	22,22	5,6	8,41
Hijo a cargo	13	21	5	5	0	-100,00	8,8	13,21
Otros	1	1	4	10	12	1100,00	5,6	8,41
No tiene o no se con	1	1	0	0	0	-100,00	0,4	0,60
TOTAL	75	73	62	58	65	-13,33	66,6	100,00
HORTALEZA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Pension no contribut	13	10	11	10	7	-46,15	10,2	16,50
Pension contributiva	5	6	6	7	8	60,00	6,4	10,36
RMI	2	1	1	2	2	0,00	1,6	2,59
Trabajo	13	17	18	22	19	46,15	17,8	28,80
Orfandad	1	2	3	3	2	100,00	2,2	3,56
Hijo a cargo	15	21	20	21	20	33,33	19,4	31,39
Prestación por desen	1	3	1	3	7	600,00	3	4,85
Otros	4	1	0	0	1	-75,00	1,2	1,94
No tiene o no se con	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	54	61	60	68	66	22,22	61,8	100,00

LATINA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Pension no contribut	10	14	18	18	16	60,00	15,2	42,46
Pension contributiva	2	3	2	2	9	350,00	3,6	10,06
RMI	1	1	1	1	0	-100,00	0,8	2,23
Trabajo	9	11	10	10	18	100,00	11,6	32,40
Orfandad	0	0	0	0	1	#iDIV/0!	0,2	0,56
Hijo a cargo	0	2	4	4	3	#iDIV/0!	2,6	7,26
Otros	0	0	2	2	5	#iDIV/0!	1,8	5,03
No tiene o no se con	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	22	31	37	37	52	136,36	35,8	100,00
VENTAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Pension no contribut	7	6	0	0	9	28,57	4,4	6,90
Pension contributiva	2	1	6	0	0	-100,00	1,8	2,82
Invalidez	2	3	0	0	1	-50,00	1,2	1,88
RMI	0	1	1	1	1	#iDIV/0!	0,8	1,25
Trabajo	38	35	38	41	42	10,53	38,8	60,82
Orfandad	1	1	3	1	1	0,00	1,4	2,19
Hijo a cargo	5	10	8	10	11	120,00	8,8	13,79
Otros (Subsidio)	0	3	2	1	3	#iDIV/0!	1,8	2,82
No tiene o no se con	10	14	0	0	0	-100,00	4,8	7,52
TOTAL	65	74	58	54	68	4,62	63,8	100,00
PEDREZUELA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Pension no contribut	7	5	6	0	3	-57,14	4,2	8,33
Pension contributiva	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
RMI	0	0	0	0	2	#iDIV/0!	0,4	0,79
Trabajo	32	33	42	44	42	31,25	38,6	76,59
Orfandad	0	0	1	1	1	#iDIV/0!	0,6	1,19
Hijo a cargo	5	10	5	3	2	-60,00	5	9,92
Otros	0	2	0	3	2	#iDIV/0!	1,4	2,78
No tiene o no se con	0	0	0	0	1	#iDIV/0!	0,2	0,40
TOTAL	44	50	54	51	53	20,45	50,4	100,00
RETIRO	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Pension no contribut	12	9	7	11	19	58,33	11,6	21,40
Pension contributiva	4	5	7	7	4	0,00	5,4	9,96
RMI	0	1	3	1	1	#iDIV/0!	1,2	2,21
Trabajo	24	19	23	21	19	-20,83	21,2	39,11
Orfandad	3	3	1	3	3	0,00	2,6	4,80
Hijo a cargo	15	14	7	6	9	-40,00	10,2	18,82
Otros	1	1	1	2	3	200,00	1,6	2,95
No tiene o no se con	0	2	0	0	0	#iDIV/0!	0,4	0,74
TOTAL	59	54	49	51	58	-1,69	54,2	100,00
SAN BLAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Pension no contribut	9	9	12	13	16	77,78	11,8	19,41
Pension contributiva	6	12	11	11	10	66,67	10	16,45
RMI	3	0	0	1	1	-66,67	1	1,64
Trabajo	2	15	20	28	24	1100,00	17,8	29,28
Orfandad	2	4	4	3	1	-50,00	2,8	4,61
Hijo a cargo	11	13	8	6	6	-45,45	8,8	14,47
Otros	1	19	6	3	4	300,00	6,6	10,86
No tiene o no se con	0	1	0	0	9	#iDIV/0!	2	3,29
TOTAL	34	73	61	65	71	108,82	60,8	100,00
TORREJÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Pension no contribut	15	12	7	10	9	-40,00	10,6	22,84
Pension contributiva	10	7	11	8	7	-30,00	8,6	18,53
RMI	0	0	0	0	1	#iDIV/0!	0,2	0,43
Trabajo	18	16	18	24	24	33,33	20	43,10
Orfandad	1	1	1	1	1	0,00	1	2,16
Hijo a cargo	4	1	0	0	2	-50,00	1,4	3,02
Otros	1	8	3	4	7	600,00	4,6	9,91
No tiene o no se con	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	49	45	40	47	51	4,08	46,4	100,00

USERA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Pension no contribut	4	14	17	22	20	400,00	15,4	40,53
Pension contributiva	1	2	2	4	4	300,00	2,6	6,84
RMI	0	0	1	1	2	#iDIV/0!	0,8	2,11
Trabajo	2	3	10	15	28	1300,00	11,6	30,53
Orfandad	0	0	1	2	4	#iDIV/0!	1,4	3,68
Hijo a cargo	2	1	4	5	8	300,00	4	10,53
Otros	0	5	3	1	1	#iDIV/0!	2	5,26
No tiene o no se con	0	0	1	0	0	#iDIV/0!	0,2	0,53
TOTAL	9	25	39	50	67	644,44	38	100,00
VALLECAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Pension no contribut	19	17	17	19	18	-5,26	18	32,49
Pension contributiva	1	0	3	6	6	500,00	3,2	5,78
RMI	1	1	1	7	8	700,00	3,6	6,50
Trabajo	5	9	8	18	18	260,00	11,6	20,94
Orfandad	1	1	1	0	0	-100,00	0,6	1,08
Hijo a cargo	8	12	11	9	9	12,50	9,8	17,69
Otros	8	9	11	3	3	-62,50	6,8	12,27
No tiene o no se con	0	0	0	9	0	#iDIV/0!	1,8	3,25
TOTAL	43	49	52	71	62	44,19	55,4	100,00
VÁZQUEZ-MELLA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Pension no contribut	1	8	6	4	6	500,00	5	17,24
Pension contributiva	1	2	1	0	1	0,00	1	3,45
RMI	0	2	2	1	2	#iDIV/0!	1,4	4,83
Trabajo	5	12	21	20	21	320,00	15,8	54,48
Orfandad	0	0	0	2	2	#iDIV/0!	0,8	2,76
Hijo a cargo	0	1	1	2	2	#iDIV/0!	1,2	4,14
Otros	0	5	2	6	6	#iDIV/0!	3,8	13,10
No tiene o no se con	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	7	30	33	35	40	471,43	29	100,00
VILLASVERDE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Pension no contribut	10	13	14	6	2	-80,00	9	25,42
Pension contributiva	3	2	1	0	2	-33,33	1,6	4,52
RMI	1	3	1	1	1	0,00	1,4	3,95
Trabajo	8	15	14	17	24	200,00	15,6	44,07
Orfandad	1	3	3	1	2	100,00	2	5,65
Hijo a cargo	7	4	4	11	10	42,86	7,2	20,34
Otros (Incapacidad, c	6	7	6	11	10	66,67	8	22,60
No tiene o no se con	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	36	0	43	47	51	41,67	35,4	100,00

TABLA 9: VARIABLE TIPO DE CONVIVENCIA

ALCORCÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Sólo	2	5	3	4	5	150,00	3,8	8,52
Con cónyuge	2	1	1	0	1	-50,00	1	2,24
Con padres	20	25	26	27	26	30,00	24,8	55,61
Con padre o madre	6	9	6	14	12	100,00	9,4	21,08
Con otros familiares	0	1	0	2	2	#iDIV/0!	1	2,24
Con los hijos	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
Miniresidencia,piso p	1	1	1	0	1	0,00	0,8	1,79
Otros (especificar)	2	3	4	2	4	100,00	3	6,73
No se conoce	3	1	0	0	0	-100,00	0,8	1,79
TOTAL	36	46	41	49	51	41,67	44,6	100,00
CARABANCHEL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Sólo	4	4	7	7	8	100,00	6	9,71
Con cónyuge	3	3	3	4	5	66,67	3,6	5,83
Con padres	24	24	22	23	18	-25,00	22,2	35,92
Con padre o madre	16	17	22	22	26	62,50	20,6	33,33
Con otros familiares	2	3	2	1	3	50,00	2,2	3,56
Con los hijos	0	0	1	1	1	#iDIV/0!	0,6	0,97
Miniresidencia,piso p	3	6	3	2	4	33,33	3,6	5,83
Otros (especificar)	4	2	1	4	3	-25,00	2,8	4,53
No se conoce	1	0	0	0	0	-100,00	0,2	0,32
TOTAL	57	59	61	64	68	19,30	61,8	100,00
FUENCARRAL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Sólo	1	2	3	2	2	100,00	2	3,26
Con cónyuge	1	1	1	2	5	400,00	2	3,26
Con padres	14	30	30	39	36	157,14	29,8	48,53
Con padre o madre	16	17	21	21	23	43,75	19,6	31,92
Con otros familiares	0	0	0	1	4	#iDIV/0!	1	1,63
Con los hijos	0	1	0	0	1	#iDIV/0!	0,4	0,65
Miniresidencia,piso p	4	4	5	5	4	0,00	4,4	7,17
Otros (especificar)	1	3	4	2	1	0,00	2,2	3,58
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	37	58	64	72	76	105,41	61,4	100,00
FUENLABRADA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Sólo	4	6	4	0	1	-75,00	3	4,41
Con cónyuge	3	4	4	3	4	33,33	3,6	5,29
Con padres	38	37	33	35	35	-7,89	35,6	52,35
Con padre o madre	5	15	14	19	17	240,00	14	20,59
Con otros familiares	1	1	1	1	0	-100,00	0,8	1,18
Con los hijos	0	0	1	1	1	#iDIV/0!	0,6	0,88
Miniresidencia,piso p	3	4	9	8	4	33,33	5,6	8,24
Otros (especificar)	4	5	4	6	5	25,00	4,8	7,06
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	58	72	70	73	67	15,52	68	100,00
GETAFE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Sólo	7	5	0	6	7	0,00	5	6,44
Con cónyuge	8	5	6	5	7	-12,50	6,2	7,99
Con padres	43	44	3	40	36	-16,28	33,2	42,78
Con padre o madre	9	4	6	16	16	77,78	10,2	13,14
Con otros familiares	2	4	54	3	3	50,00	13,2	17,01
Con los hijos	0	0	0	1	0	#iDIV/0!	0,2	0,26
Miniresidencia,piso p	6	6	6	4	9	50,00	6,2	7,99
Otros (especificar)	0	5	0	1	0	#iDIV/0!	1,2	1,55
No se conoce	0	0	11	0	0	#iDIV/0!	2,2	2,84
TOTAL	75	73	86	76	78	4,00	77,6	100,00

HORTALEZA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Sólo	3	4	5	7	8	166,67	5,4	8,44
Con cónyuge	0	0	0	1	1	#iDIV/0!	0,4	0,63
Cónyuge - Hijos	1	0	0	0	0	-100,00	0,2	0,31
Con padres	36	36	37	41	28	-22,22	35,6	55,63
Con padre o madre	15	13	14	14	16	6,67	14,4	22,50
Con otros familiares	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
Con los hijos	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
Miniresidencia,piso p	4	6	6	5	7	75,00	5,6	8,75
Otros (especificar)	2	3	2	0	3	50,00	2	3,13
No se conoce	0	1	1	0	0	#iDIV/0!	0,4	0,63
TOTAL	61	63	65	68	63	3,28	64	100,00
LATINA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Sólo	1	2	2	2	5	400,00	2,4	4,33
Con cónyuge	3	4	4	6	6	100,00	4,6	8,30
Con padres	23	26	25	23	23	0,00	24	43,32
Con padre o madre	5	7	15	16	18	260,00	12,2	22,02
Con otros familiares	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
Con los hijos	0	2	1	1	2	#iDIV/0!	1,2	2,17
Miniresidencia,piso p	2	7	11	14	13	550,00	9,4	16,97
Otros (especificar)	0	2	2	1	3	#iDIV/0!	1,6	2,89
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	34	50	60	63	70	105,88	55,4	100,00
VENTAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Sólo	3	6	6	4	7	133,33	5,2	7,01
Con cónyuge	3	3	2	3	5	66,67	3,2	4,31
Con padres	34	39	42	39	44	29,41	39,6	53,37
Con padre o madre	18	18	17	24	18	0,00	19	25,61
Con otros familiares	1	4	1	1	3	200,00	2	2,70
Con los hijos	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
Miniresidencia,piso p	2	3	5	4	3	50,00	3,4	4,58
Otros (especificar)	4	1	2	1	1	-75,00	1,8	2,43
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	65	74	75	76	81	24,62	74,2	100,00
PEDREZUELA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Sólo	4	4	8	6	8	100,00	6	9,17
Con cónyuge	1	1	1	3	2	100,00	1,6	2,45
Con padres	33	29	40	30	33	0,00	33	50,46
Con padre o madre	16	18	14	19	19	18,75	17,2	26,30
Con otros familiares	0	2	3	3	2	#iDIV/0!	2	3,06
Con los hijos	0	0	0	1	1	#iDIV/0!	0,4	0,61
Miniresidencia,piso p	8	6	2	5	3	-62,50	4,8	7,34
Otros (especificar)	0	1	1	0	0	#iDIV/0!	0,4	0,61
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	62	61	69	67	68	9,68	65,4	100,00
RETIRO	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Sólo	7	8	9	11	8	14,29	8,6	12,39
Con cónyuge	2	0	2	5	3	50,00	2,4	3,46
Con padres	35	35	32	33	38	8,57	34,6	49,86
Con padre o madre	14	17	16	15	12	-14,29	14,8	21,33
Con otros familiares	0	1	3	3	5	#iDIV/0!	2,4	3,46
Con los hijos	1	0	0	0	0	-100,00	0,2	0,29
Miniresidencia,piso p	4	6	6	5	7	75,00	5,6	8,07
Otros (especificar)	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
No se conoce	2	2	0	0	0	-100,00	0,8	1,15
TOTAL	65	69	68	72	73	12,31	69,4	100,00

SAN BLAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Sólo	3	1	9	9	6	100,00	5,6	8,46
Con cónyuge	6	6	7	6	4	-33,33	5,8	8,76
Con padres	22	26	26	28	25	13,64	25,4	38,37
Con padre o madre	13	18	22	23	29	123,08	21	31,72
Con otros familiares	1	1	2	2	1	0,00	1,4	2,11
Con los hijos	0	6	1	1	1	#iDIV/0!	1,8	2,72
Miniresidencia,piso p	4	6	3	3	2	-50,00	3,6	5,44
Otros (especificar)	1	1	1	1	3	200,00	1,4	2,11
No se conoce	0	0	0	1	0	#iDIV/0!	0,2	0,30
TOTAL	50	65	71	74	71	42,00	66,2	100,00
TORREJÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Sólo	3	1	1	3	3	0,00	2,2	3,37
Con cónyuge	1	1	3	4	4	300,00	2,6	3,99
Con padres	46	44	35	30	34	-26,09	37,8	57,98
Con padre o madre	17	14	14	11	12	-29,41	13,6	20,86
Con otros familiares	0	1	2	1	7	#iDIV/0!	2,2	3,37
Con los hijos	0	1	1	2	1	#iDIV/0!	1	1,53
Miniresidencia,piso p	4	5	4	5	2	-50,00	4	6,13
Otros (especificar)	0	0	1	5	3	#iDIV/0!	1,8	2,76
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	71	67	61	61	66	-7,04	65,2	100,00
USERA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Sólo	1	2	3	8	7	600,00	4,2	8,61
Con cónyuge	1	1	1	3	4	300,00	2	4,10
Con padres	9	16	17	21	22	144,44	17	34,84
Con padre o madre	4	11	18	20	24	500,00	15,4	31,56
Con otros familiares	0	0	1	6	7	#iDIV/0!	2,8	5,74
Con los hijos	0	0	0	2	5	#iDIV/0!	1,4	2,87
Miniresidencia,piso p	2	6	9	6	6	200,00	5,8	11,89
Otros (especificar)	0	0	0	0	1	#iDIV/0!	0,2	0,41
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	17	36	49	66	76	347,06	48,8	100,00
VALLECAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Sólo	1	2	2	7	8	700,00	4	6,06
Con cónyuge	6	5	6	8	7	16,67	6,4	9,70
Con padres	26	28	30	28	24	-7,69	27,2	41,21
Con padre o madre	13	16	14	17	17	30,77	15,4	23,33
Con otros familiares	1	1	2	5	4	300,00	2,6	3,94
Con los hijos	1	2	2	0	1	0,00	1,2	1,82
Miniresidencia,piso p	4	7	5	3	4	0,00	4,6	6,97
Otros (especificar)	2	4	7	3	4	100,00	4	6,06
No se conoce	0	0	1	0	2	#iDIV/0!	0,6	0,91
TOTAL	54	65	69	71	71	31,48	66	100,00
VÁZQUEZ-MELLA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Sólo	0	2	3	6	9	#iDIV/0!	4	8,73
Con cónyuge	0	2	2	3	5	#iDIV/0!	2,4	5,24
Con padres	6	24	22	18	22	266,67	18,4	40,17
Con padre o madre	2	8	10	13	15	650,00	9,6	20,96
Con otros familiares	0	5	3	5	6	#iDIV/0!	3,8	8,30
Con los hijos	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
Miniresidencia,piso p	0	3	6	5	7	#iDIV/0!	4,2	9,17
Otros (especificar)	1	3	1	1	1	0,00	1,4	3,06
No se conoce	0	0	0	7	3	#iDIV/0!	2	4,37
TOTAL	9	47	47	58	68	655,56	45,8	100,00
VILLAVERDE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Sólo	6	6	8	5	5	-16,67	6	9,43
Con cónyuge	9	12	6	1	6	-33,33	6,8	10,69
Con padres	29	31	33	31	32	10,34	31,2	49,06
Con padre o madre	8	12	9	10	14	75,00	10,6	16,67
Con otros familiares	2	2	2	4	5	150,00	3	4,72
Con los hijos	1	3	4	8	3	200,00	3,8	5,97
Miniresidencia,piso p	1	2	2	3	3	200,00	2,2	3,46
Otros (especificar)	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	56	68	64	62	68	21,43	63,6	100,00

TABLA 10: DECLARACIÓN DISCAPACIDAD

ALCORCÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
33-64	5	6	6	13	15	200,00	9	20,00
> 64	20	27	24	29	30	50,00	26	57,78
NO	8	9	11	5	6	-25,00	7,8	17,33
En trámite	0	3	3	0	0	#¡DIV/0!	1,2	2,67
No se conoce	2	1	0	2	0	-100,00	1	2,22
TOTAL	35	46	44	49	51	45,71	45	100,00
CARABANCHEL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
33-64	15	14	18	23	20	33,33	18	29,13
> 64	17	26	38	35	39	129,41	31	50,16
Porcentaje desconoc	6	7	0	0	0	-100,00	2,6	4,21
NO	15	9	5	6	9	-40,00	8,8	14,24
En trámite	0	2	0	0	0	#¡DIV/0!	0,4	0,65
No se conoce	4	1	0	0	0	-100,00	1	1,62
TOTAL	57	59	61	64	68	19,30	61,8	100,00
FUENCARRAL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
33-64	11	21	25	29	37	236,36	24,6	40,07
> 64	13	22	31	31	32	146,15	25,8	42,02
NO	13	15	8	11	4	-69,23	10,2	16,61
En trámite	0	0	0	1	3	#¡DIV/0!	0,8	80,00
No se conoce	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
TOTAL	37	58	64	72	76	105,41	61,4	100,00
FUENLABRADA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
33-64	8	11	11	11	13	62,50	10,8	15,88
> 64	32	33	32	34	31	-3,13	32,4	47,65
NO	13	20	18	21	19	46,15	18,2	26,76
En trámite	5	8	9	7	4	-20,00	6,6	9,71
No se conoce	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
TOTAL	58	72	70	73	67	15,52	68	100,00
GETAFE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
33-64	52	58	0	0	0	-100,00	22	28,35
> 64	0	0	20	23	21	#¡DIV/0!	12,8	16,49
Porcentaje desconoc	0	0	48	45	51	#¡DIV/0!	28,8	37,11
NO	21	13	12	5	4	-80,95	11	14,18
En trámite	2	1	0	2	2	0,00	1,4	1,80
No se conoce	0	1	6	1	0	#¡DIV/0!	1,6	2,06
TOTAL	75	73	86	76	78	4,00	77,6	100,00
HORTALEZA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
33-64	16	15	14	42	35	118,75	24,4	38,13
> 64	34	39	40	19	21	-38,24	30,6	47,81
NO	9	5	10	7	7	-22,22	7,6	11,88
En trámite	1	3	1	0	0	-100,00	1	1,56
No se conoce	1	1	0	0	0	-100,00	0,4	0,63
TOTAL	61	63	65	68	63	3,28	64	100,00
LATINA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
33-64	8	9	11	13	18	125,00	11,8	20,92
> 64	16	21	29	30	30	87,50	25,2	44,68
NO	13	18	18	17	19	46,15	17	30,14
En trámite	1	2	2	3	3	200,00	2,2	3,90
No se conoce	1	0	0	0	0	-100,00	0,2	0,35
TOTAL	39	50	60	63	70	79,49	56,4	100,00
VENTAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
33-64	22	32	40	40	42	90,91	35,2	47,44
> 64	32	35	31	31	38	18,75	33,4	45,01
NO	10	4	2	3	1	-90,00	4	5,39
En trámite	1	3	2	2	0	-100,00	1,6	2,16
No se conoce	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
TOTAL	65	74	75	76	81	24,62	74,2	100,00

PEDREZUELA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
33-64	15	13	16	32	28	86,67	20,8	31,80
> 64	30	35	35	21	23	-23,33	28,8	44,04
NO	17	13	12	10	11	-35,29	12,6	19,27
En trámite	0	0	6	4	6	#¡DIV/0!	3,2	4,89
No se conoce	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
TOTAL	62	61	69	67	68	9,68	65,4	100,00
RETIRO	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
33-64	14	17	19	16	21	50,00	17,4	25,07
> 64	37	39	34	36	37	0,00	36,6	52,74
NO	11	11	15	19	15	36,36	14,2	20,46
En trámite	1	0	0	0	0	-100,00	0,2	0,29
No se conoce	2	2	0	1	0	-100,00	1	1,44
TOTAL	65	69	68	72	73	12,31	69,4	100,00
SAN BLAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
33-64	7	15	22	31	32	357,14	21,4	32,33
> 64	18	31	31	30	33	83,33	28,6	43,20
NO	20	15	10	11	6	-70,00	12,4	18,73
En trámite	4	3	7	2	0	-100,00	3,2	4,83
No se conoce	1	1	1	0	0	-100,00	0,6	0,91
TOTAL	50	65	71	74	71	42,00	66,2	100,00
TORREJON	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
33-64	21	30	30	32	35	66,67	29,6	45,40
> 64	25	24	22	21	22	-12,00	22,8	34,97
NO	25	13	9	7	8	-68,00	12,4	19,02
En trámite	0	0	0	1	1	#¡DIV/0!	0,4	0,61
No se conoce	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
TOTAL	71	67	61	61	66	-7,04	65,2	100,00
USERA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
33-64	8	11	14	13	19	137,50	13	26,64
> 64	0	14	28	41	45	#¡DIV/0!	25,6	52,46
NO	8	10	5	10	11	37,50	8,8	18,03
En trámite	1	1	1	1	1	0,00	1	2,05
No se conoce	0	0	1	1	0	#¡DIV/0!	0,4	0,82
TOTAL	17	36	49	66	76	347,06	48,8	100,00
VALLECAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
33-64	8	8	11	12	19	137,50	11,6	17,58
> 64	28	34	35	52	46	64,29	39	59,09
NO	16	21	22	7	6	-62,50	14,4	21,82
En trámite	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
No se conoce	2	2	1	0	0	-100,00	1	1,52
TOTAL	54	65	69	71	71	31,48	66	100,00
VÁZQUEZ-MELLA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
33-64	1	8	10	10	20	1900,00	9,8	22,79
> 64	3	14	16	30	34	1033,33	19,4	45,12
NO	5	18	19	12	12	140,00	13,2	30,70
En trámite	0	6	0	0	2	#¡DIV/0!	1,6	3,72
No se conoce	0	1	2	0	0	#¡DIV/0!	0,6	1,40
TOTAL	9	39	47	52	68	655,56	43	100,00
VILLVERDE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
33-64	11	16	16	26	30	172,73	19,8	31,13
> 64	28	34	27	25	25	-10,71	27,8	43,71
NO	13	15	14	8	7	-46,15	11,4	17,92
En trámite	4	2	7	2	6	50,00	4,2	6,60
No se conoce	0	1	0	1	0	#¡DIV/0!	0,4	0,63
TOTAL	56	68	64	62	68	21,43	63,6	100,00

TABLA 11: NIVEL EDUCATIVO

ALCERCÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Analfabeto	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
Sin estudios	1	1	1	1	1	0,00	1	2,31
Educación especial	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
Enseñanza primaria.	3	3	2	5	6	100,00	3,8	8,79
Enseñanza primaria.	18	23	21	19	19	5,56	20	46,24
Bachiller Superior, BI	6	8	7	7	11	83,33	7,8	18,03
FP 1º grado	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
FP 2º grado. Ciclo de	0	1	1	3	5	#iDIV/0!	2	4,62
3º grado. Ciclo de gra	2	3	1	1	4	100,00	2,2	5,09
Título de graduado n	1	3	3	4	4	300,00	3	6,94
Título de graduado si	2	3	3	4	4	100,00	3,2	7,40
Otros	0	1	1	3	4	#iDIV/0!	1,8	4,16
Se desconoce	3	1	1	2	1	-66,67	1,6	3,70
TOTAL	36	47	41	49	59 (Ver tabla)	#iVALOR!	43,25	100,00
CARABANCHEL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Analfabeto	0	0	0	0	1	#iDIV/0!	0,2	0,32
Sin estudios	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
Educación especial	1	0	0	0	0	-100,00	0,2	0,32
Enseñanza primaria.	7	6	7	6	4	-42,86	6	9,71
Enseñanza primaria.	17	17	18	22	24	41,18	19,6	31,72
Bachiller Superior, BI	14	17	18	16	15	7,14	16	25,89
FP 1º grado	4	5	6	6	6	50,00	5,4	8,74
FP 2º grado. Ciclo de	4	5	3	3	4	0,00	3,8	6,15
3º grado. Ciclo de gra	2	2	2	2	1	-50,00	1,8	2,91
Título de graduado n	2	2	2	3	4	100,00	2,6	4,21
Título de graduado si	4	4	5	6	9	125,00	5,6	9,06
Otros	1	0	0	0	0	-100,00	0,2	0,32
Se desconoce	1	1	0	0	0	-100,00	0,4	0,65
TOTAL	57	59	61	64	68	19,30	61,8	100,00
FUENCARRAL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Analfabeto	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
Sin estudios	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
Educación especial	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
Enseñanza primaria.	6	8	10	10	10	66,67	8,8	14,47
Enseñanza primaria.	13	15	15	16	19	46,15	15,6	25,66
Bachiller Superior, BI	6	17	21	24	23	283,33	18,2	29,93
FP 1º grado	1	0	1	0	1	0,00	0,6	0,99
FP 2º grado. Ciclo de	1	2	6	8	11	1000,00	5,6	9,21
3º grado. Ciclo de gra	1	1	1	3	2	100,00	1,6	2,63
Título de graduado n	3	6	6	4	4	33,33	4,6	7,57
Título de graduado si	3	7	4	7	5	66,67	5,2	8,55
Otros	0	0	0	0	1	#iDIV/0!	0,2	0,33
Se desconoce	0	2	0	0	0	#iDIV/0!	0,4	0,66
TOTAL	34	58	64	72	76	123,53	60,8	100,00
FUENLABRADA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Analfabeto	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
Sin estudios	1	1	0	0	0	-100,00	0,4	0,59
Educación especial	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
Enseñanza primaria.	8	15	12	15	11	37,50	12,2	17,94
Enseñanza primaria.	27	34	37	36	32	18,52	33,2	48,82
Bachiller Superior, BI	2	5	4	4	4	100,00	3,8	5,59
FP 1º grado	7	5	6	6	8	14,29	6,4	9,41
FP 2º grado. Ciclo de	6	5	6	6	5	-16,67	5,6	8,24
3º grado. Ciclo de gra	0	0	0	1	2	#iDIV/0!	0,6	0,88
Título de graduado n	1	2	1	3	2	100,00	1,8	2,65
Título de graduado si	2	2	2	1	2	0,00	1,8	2,65
Otros	2	1	1	0	0	-100,00	0,8	1,18
Se desconoce	2	2	1	1	1	-50,00	1,4	2,06
TOTAL	58	72	70	73	67	15,52	68	100,00

GETAFE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Analfabeto	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
Sin estudios	1	1	0	0	0	-100,00	0,4	0,52
Educación especial	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
Enseñanza primaria.	21	20	20	16	20	-4,76	19,4	25,00
Enseñanza primaria.	22	20	22	24	27	22,73	23	29,64
Bachiller Superior, BI	15	14	16	15	11	-26,67	14,2	18,30
FP 1º grado	7	6	6	8	0	-100,00	5,4	6,96
FP 2º grado. Ciclo de	3	5	6	5	9	200,00	5,6	7,22
3º grado. Ciclo de grado superior		0	0	0	5	#¡DIV/0!	1,25	1,61
Título de graduado n	4	4	4	4	4	0,00	4	5,15
Título de graduado si	2	2	3	4	2	0,00	2,6	3,35
Otros	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
Se desconoce	0	1	9	0	0	#¡DIV/0!	2	2,58
TOTAL	75	73	86	76	78	4,00	77,6	100,00
HORTALEZA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Analfabeto	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
Sin estudios	1	1	1	1	1	0,00	1	1,56
Educación especial	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
Enseñanza primaria.	6	5	8	9	7	16,67	7	10,94
Enseñanza primaria.	10	13	13	14	12	20,00	12,4	19,38
Bachiller Superior, BI	21	24	24	25	23	9,52	23,4	36,56
FP 1º grado	5	7	7	7	8	60,00	6,8	10,63
FP 2º grado. Ciclo de	5	4	2	2	1	-80,00	2,8	4,38
3º grado. Ciclo de gra	1	1	2	2	0	-100,00	1,2	1,88
Título de graduado n	3	2	1	1	2	-33,33	1,8	2,81
Título de graduado si	9	6	6	7	9	0,00	7,4	11,56
Otros	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
Se desconoce	0	0	1	0	0	#¡DIV/0!	0,2	0,31
TOTAL	61	63	65	68	63	3,28	64	100,00
LATINA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Analfabeto	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
Sin estudios	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
Educación especial	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
Enseñanza primaria.	0	2	9	8	10	#¡DIV/0!	5,8	10,55
Enseñanza primaria.	7	8	12	9	11	57,14	9,4	17,09
Bachiller Superior, BI	18	26	23	25	25	38,89	23,4	42,55
FP 1º grado	0	5	5	8	10	#¡DIV/0!	5,6	10,18
FP 2º grado. Ciclo de	0	3	3	5	6	#¡DIV/0!	3,4	6,18
3º grado. Ciclo de gra	0	0	1	1	0	#¡DIV/0!	0,4	0,73
Título de graduado n	0	0	0	1	1	#¡DIV/0!	0,4	0,73
Título de graduado si	7	6	7	6	7	0,00	6,6	12,00
Otros	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
Se desconoce	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
TOTAL	32	50	60	63	70	118,75	55	100,00
VENTAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Analfabeto	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
Sin estudios	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
Educación especial	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
Enseñanza primaria.	1	2	1	5	1	0,00	2	2,70
Enseñanza primaria.	11	11	13	14	19	72,73	13,6	18,33
Bachiller Superior, BI	26	29	28	26	24	-7,69	26,6	35,85
FP 1º grado	4	4	4	6	7	75,00	5	6,74
FP 2º grado. Ciclo de	5	8	9	8	8	60,00	7,6	10,24
3º grado. Ciclo de gra	0	0	2	1	4	#¡DIV/0!	1,4	1,89
Título de graduado n	3	4	3	4	6	100,00	4	5,39
Título de graduado si	15	16	15	12	12	-20,00	14	18,87
Otros	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
Se desconoce	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
TOTAL	65	74	75	76	81	24,62	74,2	100,00

PEDREZUELA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Analfabeto	0	0	0	1	2	#¡DIV/0!	0,6	0,92
Sin estudios	0	1	1	7	5	#¡DIV/0!	2,8	4,28
Educación especial	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
Enseñanza primaria.	4	21	20	14	9	125,00	13,6	20,80
Enseñanza primaria.	25	6	6	5	11	-56,00	10,6	16,21
Bachiller Superior, BI	18	15	21	19	21	16,67	18,8	28,75
FP 1º grado	4	0	0	0	0	-100,00	0,8	1,22
FP 2º grado. Ciclo de	5	4	5	4	7	40,00	5	7,65
3º grado. Ciclo de gra	4	7	7	8	6	50,00	6,4	9,79
Título de graduado n	2	4	4	3	3	50,00	3,2	4,89
Título de graduado si	0	3	5	6	4	#¡DIV/0!	3,6	5,50
Otros	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
Se desconoce	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
TOTAL	62	61	69	67	68	9,68	65,4	100,00
RETIRO	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Analfabeto	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
Sin estudios	1	2	1	1	1	0,00	1,2	1,73
Educación especial	0	0	1	1	0	#¡DIV/0!	0,4	0,58
Enseñanza primaria.	8	7	9	10	8	0,00	8,4	12,10
Enseñanza primaria.	19	21	17	19	20	5,26	19,2	27,67
Bachiller Superior, BI	12	13	18	14	18	50,00	15	21,61
FP 1º grado	3	6	6	7	11	266,67	6,6	9,51
FP 2º grado. Ciclo de	2	6	8	8	8	300,00	6,4	9,22
3º grado. Ciclo de gra	5	2	1	1	1	-80,00	2	2,88
Título de graduado n	3	2	2	2	2	-33,33	2,2	3,17
Título de graduado si	10	8	5	7	4	-60,00	6,8	9,80
Otros	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
Se desconoce	2	2	0	2	0	-100,00	1,2	1,73
TOTAL	65	69	68	72	73	12,31	69,4	100,00
SAN BLAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Analfabeto	0	0	0	1	0	#¡DIV/0!	0,2	0,30
Sin estudios	1	1	0	0	0	-100,00	0,4	0,60
Educación especial	0	0	0	6	0	#¡DIV/0!	1,2	1,81
Enseñanza primaria.	5	7	6	27	10	100,00	11	16,62
Enseñanza primaria.	18	24	23	15	22	22,22	20,4	30,82
Bachiller Superior, BI	7	7	11	4	14	100,00	8,6	12,99
FP 1º grado	4	4	0	9	3	-25,00	4	6,04
FP 2º grado. Ciclo de	6	8	6	0	8	33,33	5,6	8,46
3º grado. Ciclo de gra	0	0	10	4	0	#¡DIV/0!	2,8	4,23
Título de graduado n	2	4	5	8	6	200,00	5	7,55
Título de graduado si	7	10	10	0	8	14,29	7	10,57
Otros	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
Se desconoce	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
TOTAL	50	65	71	74	71	42,00	66,2	100,00
TORREJON ARDOZ	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Analfabeto	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
Sin estudios	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
Educación especial	0	0	0	0	1	#¡DIV/0!	0,2	0,31
Enseñanza primaria.	15	10	5	6	6	-60,00	8,4	12,88
Enseñanza primaria.	32	34	30	30	29	-9,38	31	47,55
Bachiller Superior, BI	9	9	14	13	15	66,67	12	18,40
FP 1º grado	2	2	1	2	3	50,00	2	3,07
FP 2º grado. Ciclo de	4	7	7	5	5	25,00	5,6	8,59
3º grado. Ciclo de gra	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
Título de graduado n	4	1	1	0	1	-75,00	1,4	2,15
Título de graduado si	5	4	2	4	4	-20,00	3,8	5,83
Otros	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
Se desconoce	0	0	1	1	2	#¡DIV/0!	0,8	1,23
TOTAL	71	67	61	61	66	-7,04	65,2	100,00

USERA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Analfabeto	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
Sin estudios	0	0	0	0	1	#¡DIV/0!	0,2	0,41
Educación especial	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
Enseñanza primaria.	1	5	7	9	9	800,00	6,2	12,70
Enseñanza primaria.	6	12	19	19	21	250,00	15,4	31,56
Bachiller Superior, BI	6	9	11	13	17	183,33	11,2	22,95
FP 1º grado	0	1	2	3	5	#¡DIV/0!	2,2	4,51
FP 2º grado. Ciclo de	1	4	4	6	8	700,00	4,6	9,43
3º grado. Ciclo de gra	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
Título de graduado n	2	3	3	3	4	100,00	3	6,15
Título de graduado si	1	1	2	7	6	500,00	3,4	6,97
Otros	0	1	1	6	5	#¡DIV/0!	2,6	5,33
Se desconoce	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
TOTAL	17	36	49	66	76	347,06	48,8	100,00
VALLECAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Analfabeto	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
Sin estudios	2	2	2	5	3	50,00	2,8	4,24
Educación especial	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
Enseñanza primaria.	16	22	28	29	33	106,25	25,6	38,79
Enseñanza primaria.	13	13	19	16	14	7,69	15	22,73
Bachiller Superior, BI	11	14	10	8	8	-27,27	10,2	15,45
FP 1º grado	5	6	4	4	5	0,00	4,8	7,27
FP 2º grado. Ciclo de	4	4	3	4	4	0,00	3,8	5,76
3º grado. Ciclo de gra	1	1	1	2	1	0,00	1,2	1,82
Título de graduado n	2	3	1	1	0	-100,00	1,4	2,12
Título de graduado si	0	0	0	2	1	#¡DIV/0!	0,6	0,91
Otros	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
Se desconoce	0	0	1	0	2	#¡DIV/0!	0,6	0,91
TOTAL	54	65	69	71	71	31,48	66	100,00
VÁZQUEZ-MELLA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Analfabeto	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
Sin estudios	0	0	0	1	3	#¡DIV/0!	0,8	1,75
Educación especial	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
Enseñanza primaria.	1	5	5	10	7	600,00	5,6	12,23
Enseñanza primaria.	1	6	6	7	12	1100,00	6,4	13,97
Bachiller Superior, BI	1	9	10	12	16	1500,00	9,6	20,96
FP 1º grado	2	7	9	4	3	50,00	5	10,92
FP 2º grado. Ciclo de	1	5	4	6	7	600,00	4,6	10,04
3º grado. Ciclo de gra	0	1	0	3	2	#¡DIV/0!	1,2	2,62
Título de graduado n	2	6	9	7	6	200,00	6	13,10
Título de graduado si	1	7	4	8	12	1100,00	6,4	13,97
Otros	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
Se desconoce	0	1	0	0	0	#¡DIV/0!	0,2	0,44
TOTAL	9	47	47	58	68	655,56	45,8	100,00
VILLAVERDE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Analfabeto	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
Sin estudios	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
Educación especial	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
Enseñanza primaria.	11	14	11	10	13	18,18	11,8	18,55
Enseñanza primaria.	16	27	26	26	29	81,25	24,8	38,99
Bachiller Superior, BI	11	11	10	11	11	0,00	10,8	16,98
FP 1º grado	12	9	8	7	7	-41,67	8,6	13,52
FP 2º grado. Ciclo de	4	3	4	4	2	-50,00	3,4	5,35
3º grado. Ciclo de gra	0	1	1	1	1	#¡DIV/0!	0,8	1,26
Título de graduado n	2	3	4	3	5	150,00	3,4	5,35
Título de graduado si	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
Otros	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
Se desconoce	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
TOTAL	56	68	64	62	68	21,43	63,6	100,00

BLOQUE B: ANÁLISIS DATOS CLÍNICO-PSIQUIÁTRICOS

TABLA 12: VARIABLE DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

ALCORCÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Esquizofrenia	15	21	18	17	16	6,67	17,4	39,01
Otros trastornos psicóticos	10	13	11	11	12	20,00	11,4	25,56
Trastornos de personalidad	6	8	9	14	13	116,67	10	22,42
Trastornos del estado de ánimo	2	2	1	5	7	250,00	3,4	7,62
Trastornos de ansiedad	3	2	2	2	3	0,00	2,4	5,38
Otros (especificar)	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
No disponible	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	36	46	41	49	51	41,67	44,6	100,00
CARABANCHEL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Esquizofrenia	31	29	30	30	29	-6,45	29,8	48,22
Otros trastornos psicóticos	11	13	11	9	13	18,18	11,4	18,45
Trastornos de personalidad	8	10	12	10	11	37,50	10,2	16,50
Trastornos del estado de ánimo	3	5	6	12	10	233,33	7,2	11,65
Trastornos de ansiedad	0	1	2	2	2	#iDIV/0!	1,4	2,27
Otros (especificar)	0	1	0	1	3	#iDIV/0!	1	1,62
No disponible	4	0	0	0	0	-100,00	0,8	1,29
TOTAL	57	59	61	64	68	19,30	61,8	100,00
FUENCARRAL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Esquizofrenia	19	31	38	48	55	189,47	38,2	62,21
Otros trastornos psicóticos	12	14	13	10	8	-33,33	11,4	18,57
Trastornos de personalidad	2	10	8	9	8	300,00	7,4	12,05
Trastornos del estado de ánimo	0	2	4	4	3	#iDIV/0!	2,6	4,23
Trastornos de ansiedad	3	1	1	1	2	-33,33	1,6	2,61
Otros (especificar)	1	0	0	0	0	-100,00	0,2	0,33
No disponible	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	37	58	64	72	76	105,41	61,4	100,00
FUENLABRADA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Esquizofrenia	28	35	37	40	34	21,43	34,8	51,18
Otros trastornos psicóticos	14	24	18	19	21	50,00	19,2	28,24
Trastornos de personalidad	10	8	9	9	9	-10,00	9	13,24
Trastornos del estado de ánimo	5	4	4	3	0	-100,00	3,2	4,71
Trastornos de ansiedad	0	0	1	2	3	#iDIV/0!	1,2	1,76
Otros (especificar)	1	1	1	0	0	-100,00	0,6	0,88
No disponible	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	58	72	70	73	67	15,52	68	100,00
GETAFE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Esquizofrenia	27	27	36	38	38	40,74	33,2	42,78
Otros trastornos psicóticos	18	18	12	13	18	0,00	15,8	20,36
Trastornos de personalidad	21	20	34	17	19	-9,52	22,2	28,61
Trastornos del estado de ánimo	0	2	1	3	0	#iDIV/0!	1,2	1,55
Trastornos de ansiedad	1	1	0	3	0	-100,00	1	1,29
Otros (especificar)	7	5	3	2	3	-57,14	4	5,15
No disponible	1	0	0	0	0	-100,00	0,2	0,26
TOTAL	75	73	86	76	78	4,00	77,6	100,00
HORTALEZA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Esquizofrenia	31	33	34	33	28	-9,68	31,8	49,69
Otros trastornos psicóticos	12	12	11	8	11	-8,33	10,8	16,88
Trastornos de personalidad	8	11	11	16	15	87,50	12,2	19,06
Trastornos del estado de ánimo	4	2	3	3	3	-25,00	3	4,69
Trastornos de ansiedad	3	3	4	0	0	-100,00	2	3,13
Otros (especificar)	3	2	2	8	6	100,00	4,2	6,56
No disponible	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	61	63	65	68	63	3,28	64	100,00

LATINA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Esquizofrenia	16	25	31	33	42	162,50	29,4	52,13
Otros trastornos psicóticos	10	5	5	5	0	-100,00	5	8,87
Trastornos de personalidad	6	11	15	16	15	150,00	12,6	22,34
Trastornos del estado de ánimo	5	6	7	7	9	80,00	6,8	12,06
Trastornos de ansiedad	1	1	1	1	1	0,00	1	1,77
Otros (especificar)	1	2	1	1	2	100,00	1,4	2,48
No disponible	0	0	0	0	1	#iDIV/0!	0,2	0,35
TOTAL	39	50	60	63	70	79,49	56,4	100,00
VENTAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Esquizofrenia	45	49	47	53	54	20,00	49,6	66,85
Otros trastornos psicóticos	4	5	8	6	9	125,00	6,4	8,63
Trastornos de personalidad	12	16	15	12	12	0,00	13,4	18,06
Trastornos del estado de ánimo	4	4	5	4	4	0,00	4,2	5,66
Trastornos de ansiedad	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
Otros (especificar)	0	0	0	1	1	#iDIV/0!	0,4	0,54
No disponible	0	0	0	0	1	#iDIV/0!	0,2	0,27
TOTAL	65	74	75	76	81	24,62	74,2	100,00
PEDREZUELA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Esquizofrenia	36	37	38	36	33	-8,33	36	55,05
Otros trastornos psicóticos	8	10	15	16	13	62,50	12,4	18,96
Trastornos de personalidad	9	10	10	9	9	0,00	9,4	14,37
Trastornos del estado de ánimo	5	3	6	5	11	120,00	6	9,17
Trastornos de ansiedad	3	1	0	1	2	-33,33	1,4	2,14
Otros (especificar)	1	0	0	0	0	-100,00	0,2	0,31
No disponible	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	62	61	69	67	68	9,68	65,4	100,00
RETIRO	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Esquizofrenia	27	30	31	35	32	18,52	31	44,67
Otros trastornos psicóticos	17	18	14	12	15	-11,76	15,2	21,90
Trastornos de personalidad	9	8	9	7	8	-11,11	8,2	11,82
Trastornos del estado de ánimo	5	7	8	11	9	80,00	8	11,53
Trastornos de ansiedad	5	5	6	7	8	60,00	6,2	8,93
Otros (especificar)	1	1	0	0	1	0,00	0,6	0,86
No disponible	1	0	0	0	0	-100,00	0,2	0,29
TOTAL	65	69	68	72	73	12,31	69,4	100,00
SAN BLAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Esquizofrenia	23	29	33	37	40	73,91	32,4	48,94
Otros trastornos psicóticos	10	13	13	12	11	10,00	11,8	17,82
Trastornos de personalidad	5	9	11	13	6	20,00	8,8	13,29
Trastornos del estado de ánimo	11	12	12	10	8	-27,27	10,6	16,01
Trastornos de ansiedad	0	1	2	2	1	#iDIV/0!	1,2	1,81
Otros (especificar)	1	1	0	0	5	400,00	1,4	2,11
No disponible	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	50	65	71	74	71	42,00	66,2	100,00
TORREJÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Esquizofrenia	46	49	44	43	46	0,00	45,6	69,94
Otros trastornos psicóticos	6	16	14	12	11	83,33	11,8	18,10
Trastornos de personalidad	15	1	1	4	5	-66,67	5,2	7,98
Trastornos del estado de ánimo	2	1	1	1	2	0,00	1,4	2,15
Trastornos de ansiedad	1	0	1	0	1	0,00	0,6	1,23
Otros (especificar)	1	0	0	1	0	-100,00	0,4	0,61
No disponible	0	0	0	0	1	#iDIV/0!	0,2	0,31
TOTAL	71	67	61	61	66	-7,04	65,2	100,00
USERA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Esquizofrenia	13	23	32	40	41	215,38	29,8	61,07
Otros trastornos psicóticos	1	3	7	8	8	700,00	5,4	11,07
Trastornos de personalidad	3	6	6	9	10	233,33	6,8	13,93
Trastornos del estado de ánimo	0	4	3	8	10	#iDIV/0!	5	10,25
Trastornos de ansiedad	0	0	0	1	5	#iDIV/0!	1,2	2,46
Otros (especificar)	0	0	1	0	2	#iDIV/0!	0,6	1,23
No disponible	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	17	36	49	66	76	347,06	48,8	100,00
VALLECAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Esquizofrenia	30	34	33	29	25	-16,67	30,2	45,76
Otros trastornos psicóticos	6	5	5	11	15	150,00	8,4	12,73
Trastornos de personalidad	8	16	21	23	26	225,00	18,8	28,48
Trastornos del estado de ánimo	7	6	4	7	4	-42,86	5,6	8,48
Trastornos de ansiedad	3	3	4	0	1	-66,67	2,2	3,33
Otros (especificar)	0	1	2	1	0	#iDIV/0!	0,8	1,21
No disponible	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	54	65	69	71	71	31,48	66	100,00

VÁZQUEZ-MELLA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Esquizofrenia	6	36	24	27	44	633,33	27,4	59,83
Otros trastornos psicóticos	0	3	7	15	3	#iDIV/0!	5,6	12,23
Trastornos de personalidad	1	6	7	7	14	1300,00	7	15,28
Trastornos del estado de ánimo	2	0	8	8	7	250,00	5	10,92
Trastornos de ansiedad	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
Otros (especificar)	0	1	1	1	0	#iDIV/0!	0,6	1,31
No disponible	0	1	0	0	0	#iDIV/0!	0,2	0,44
TOTAL	9	47	47	58	68	655,56	45,8	100,00
VILLABERDE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Esquizofrenia	31	39	32	29	25	-19,35	31,2	49,06
Otros trastornos psicóticos	10	15	7	8	11	10,00	10,2	16,04
Trastornos de personalidad	4	7	11	11	10	150,00	8,6	13,52
Trastornos del estado de ánimo	2	6	10	11	16	700,00	9	14,15
Trastornos de ansiedad	5	1	4	3	5	0,00	3,6	5,66
Otros (especificar)	4	0	0	0	1	-75,00	1	1,57
No disponible	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	56	68	64	62	68	21,43	63,6	100,00

TABLA 13: VARIABLE DIAGNÓSTICO ASOCIADO

ALCORCÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	2	5	5	5	6	200,00	4,60	10,31
NO	34	41	36	44	45	32,35	40,00	89,69
No se conoce	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0,00	0,00
TOTAL	36	46	41	49	51	41,67	44,60	100,00
CARABANCHEL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	5	4	4	4	4	-20,00	4,20	6,80
NO	52	55	57	60	64	23,08	57,60	93,20
No se conoce	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0,00	0,00
TOTAL	57	59	61	64	68	19,30	61,80	100,00
FUENCARRAL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	11	13	13	12	10	-9,09	11,80	19,22
NO	26	45	51	60	66	153,85	49,60	80,78
No se conoce	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0,00	0,00
TOTAL	37	58	64	72	76	105,41	61,40	100,00
FUENLABRADA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	12	11	12	10	6	-50,00	10,20	15,00
NO	45	44	56	62	60	33,33	53,40	78,53
No se conoce	1	17	2	1	1	0,00	4,40	6,47
TOTAL	58	72	70	73	67	15,52	68,00	100,00
GETAFE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	SIN DATOS	SIN DATOS	2	1	2	#¡VALOR!	1,67	3,47
NO	SIN DATOS	SIN DATOS	84	73	76	#¡VALOR!	77,67	161,81
No se conoce	SIN DATOS	SIN DATOS	0	2	0	#¡VALOR!	0,67	1,39
TOTAL	0	0	86	76	78	#¡DIV/0!	48,00	100,00
HORTALEZA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	12	13	11	10	11	-8,33	11,40	17,81
NO	49	50	54	58	52	6,12	52,60	82,19
No se conoce	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0,00	0,00
TOTAL	61	63	65	68	63	3,28	64,00	100,00
LATINA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	6	13	13	11	13	116,67	11,20	19,86
NO	33	37	47	52	57	72,73	45,20	80,14
No se conoce	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0,00	0,00
TOTAL	39	50	60	63	70	79,49	56,40	100,00
VENTAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	7	7	14	13	19	171,43	12,00	16,17
NO	58	67	61	63	62	6,90	62,20	83,83
No se conoce	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0,00	0,00
TOTAL	65	74	75	76	81	24,62	74,20	100,00
PEDREZUELA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	3	4	12	10	11	266,67	8,00	12,23
NO	59	57	57	57	57	-3,39	57,40	87,77
No se conoce	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0,00	0,00
TOTAL	62	61	69	67	68	9,68	65,40	100,00
RETIRO	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	SIN DATOS	18	16	16	20	#¡VALOR!	17,50	24,82
NO	SIN DATOS	51	52	56	53	#¡VALOR!	53,00	75,18
No se conoce	SIN DATOS	0	0	0	0	#¡VALOR!	0,00	0,00
TOTAL	SIN DATOS	69	68	72	73	#¡VALOR!	70,50	100,00
SAN BLAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	5	8	6	5	8	60,00	6,40	9,67
NO	45	57	65	69	63	40,00	59,80	90,33
No se conoce	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0,00	0,00
TOTAL	50	65	71	74	71	42,00	66,20	100,00
TORREJÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	16	11	6	6	9	-43,75	9,60	14,72
NO	55	56	54	54	56	1,82	55,00	84,36
No se conoce	0	0	1	1	1	#¡DIV/0!	0,60	0,92
TOTAL	71	67	61	61	66	-7,04	65,20	100,00

USERA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	4	8	10	12	17	325,00	10,20	20,90
NO	13	28	39	54	58	346,15	38,40	78,69
No se conoce	0	0	0	0	1	#¡DIV/0!	0,20	0,41
TOTAL	17	36	49	66	76	347,06	48,80	100,00
VALLECAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	27	28	46	16	12	-55,56	25,80	39,09
NO	26	37	23	55	59	126,92	40,00	60,61
No se conoce	1	0	0	0	0	-100,00	0,20	0,30
TOTAL	54	65	69	71	71	31,48	66,00	100,00
VÁZQUEZ-MELLA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	2	7	6	6	2	0,00	4,60	10,04
NO	7	38	36	52	65	828,57	39,60	86,46
No se conoce	0	2	5	0	1	#¡DIV/0!	1,60	3,49
TOTAL	9	47	47	58	68	655,56	45,80	100,00
VILLASVERDE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	3	3	1	0	0	-100,00	1,40	2,20
NO	53	65	63	62	68	28,30	62,20	97,80
No se conoce	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0,00	0,00
TOTAL	56	68	64	62	68	21,43	63,60	100,00

TABLA 14: VARIABLE TIEMPO DE EVOLUCIÓN

ALCORCÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Menos de 2	2	3	3	3	6	200,00	3,4	7,69
De 2 a 5	6	10	10	12	9	50,00	9,4	21,27
De 6 a 10	17	17	15	15	16	-5,88	16	36,20
Más de 10	11	16	13	19	18	63,64	15,4	34,84
TOTAL	36	46	41	49	49	36,11	44,2	100,00
CARABANCHEL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Menos de 2	0	0	1	0	0	#iDIV/0!	0,2	0,32
De 2 a 5	12	6	4	4	7	-41,67	6,6	10,68
De 6 a 10	18	27	22	18	18	0,00	20,6	33,33
Más de 10	21	26	34	42	43	104,76	33,2	53,72
No se conoce	6	0	0	0	0	-100,00	1,2	1,94
TOTAL	57	59	61	64	68	19,30	61,8	100,00
FUENCARRAL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Menos de 2	1	3	0	0	1	0,00	1	1,63
De 2 a 5	9	14	10	11	12	33,33	11,2	18,24
De 6 a 10	14	20	15	17	18	28,57	16,8	27,36
Más de 10	11	21	39	44	45	309,09	32	52,12
No se conoce	2	0	0	0	0	-100,00	0,4	0,65
TOTAL	37	58	64	72	76	105,41	61,4	100,00
FUENLABRADA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Menos de 2	1	2	1	1	0	-100,00	1	1,47
De 2 a 5	14	19	21	20	17	21,43	18,2	26,76
De 6 a 10	17	25	27	28	27	58,82	24,8	36,47
Más de 10	26	26	21	24	23	-11,54	24	35,29
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	58	72	70	73	67	15,52	68	100,00
GETAFE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Menos de 2	2	1	3	0	1	-50,00	1,4	1,80
De 2 a 5	9	12	8	7	8	-11,11	8,8	11,34
De 6 a 10	22	19	23	14	11	-50,00	17,8	22,94
Más de 10	36	36	47	53	55	52,78	45,4	58,51
No se conoce	6	5	5	2	3	-50,00	4,2	5,41
TOTAL	75	73	86	76	78	4,00	77,6	100,00
HORTALEZA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Menos de 2	0	0	2	4	3	#iDIV/0!	1,8	2,81
De 2 a 5	10	10	13	14	11	10,00	11,6	18,13
De 6 a 10	11	13	12	15	14	27,27	13	20,31
Más de 10	40	40	38	35	35	-12,50	37,6	58,75
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	61	63	65	68	63	3,28	64	100,00
LATINA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Menos de 2	1	4	0	0	1	0,00	1,2	2,13
De 2 a 5	5	7	14	16	15	200,00	11,4	20,21
De 6 a 10	19	21	25	25	27	42,11	23,4	41,49
Más de 10	14	18	21	22	27	92,86	20,4	36,17
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	39	50	60	63	70	79,49	56,4	100,00
VENTAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Menos de 2	0	2	1	0	0	#iDIV/0!	0,6	0,81
De 2 a 5	6	8	7	7	6	0,00	6,8	9,16
De 6 a 10	16	15	11	12	8	-50,00	12,4	16,71
Más de 10	43	49	56	57	67	55,81	54,4	73,32
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	65	74	75	76	81	24,62	74,2	100,00
PEDREZUELA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Menos de 2	3	7	5	7	7	133,33	5,8	8,87
De 2 a 5	13	16	18	18	19	46,15	16,8	25,69
De 6 a 10	9	17	19	20	20	122,22	17	25,99
Más de 10	37	21	27	22	22	-40,54	25,8	39,45
No se conoce	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0	0,00
TOTAL	62	61	69	67	68	9,68	65,4	100,00

RETIRO	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Menos de 2	1	3	3	1	2	100,00	2	2,88
De 2 a 5	21	22	19	18	14	-33,33	18,8	27,09
De 6 a 10	8	12	16	19	20	150,00	15	21,61
Más de 10	34	31	29	30	36	5,88	32	46,11
No se conoce	1	1	1	4	1	0,00	1,6	2,31
TOTAL	65	69	68	72	73	12,31	69,4	100,00
SAN BLAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Menos de 2	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
De 2 a 5	10	11	5	8	6	-40,00	8	12,08
De 6 a 10	14	18	16	18	12	-14,29	15,6	23,56
Más de 10	26	35	50	47	53	103,85	42,2	63,75
No se conoce	0	1	0	1	0	#¡DIV/0!	0,4	0,60
TOTAL	50	65	71	74	71	42,00	66,2	100,00
TORREJÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Menos de 2	5	0	0	0	1	-80,00	1,2	1,84
De 2 a 5	20	11	8	5	9	-55,00	10,6	16,26
De 6 a 10	18	19	19	16	19	5,56	18,2	27,91
Más de 10	27	37	34	39	36	33,33	34,6	53,07
No se conoce	1	0	0	1	1	0,00	0,6	0,92
TOTAL	71	67	61	61	66	-7,04	65,2	100,00
USERA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Menos de 2	4	4	5	4	4	0,00	4,2	9,86
De 2 a 5	2	6	10	14	21	950,00	10,6	24,88
De 6 a 10	6	8	15	14	36	500,00	15,8	37,09
Más de 10	5	18	19	3	15	200,00	12	28,17
No se conoce	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
TOTAL	17	36	49	35	76	347,06	42,6	100,00
VALLECAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Menos de 2	11	16	12	8	45	309,09	18,4	27,88
De 2 a 5	13	15	16	25	18	38,46	17,4	26,36
De 6 a 10	10	15	15	13	0	-100,00	10,6	16,06
Más de 10	20	19	26	25	4	-80,00	18,8	28,48
No se conoce	0	0	0	0	4	#¡DIV/0!	0,8	1,21
TOTAL	54	65	69	71	71	31,48	66	100,00
VÁZQUEZ-MELLA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Menos de 2	SIN DATOS	0	1	0	0	#¡VALOR!	0,25	0,45
De 2 a 5	SIN DATOS	15	4	5	8	#¡VALOR!	8	14,55
De 6 a 10	SIN DATOS	27	10	12	14	#¡VALOR!	15,75	28,64
Más de 10	SIN DATOS	5	32	41	46	#¡VALOR!	31	56,36
No se conoce	SIN DATOS	0	0	0	0	#¡VALOR!	0	0,00
TOTAL	SIN DATOS	47	47	58	68	#¡VALOR!	55	100,00
VILLASVERDE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Menos de 2	6	8	8	2	7	16,67	6,2	9,75
De 2 a 5	7	14	11	16	15	114,29	12,6	19,81
De 6 a 10	17	19	19	13	17	0,00	17	26,73
Más de 10	26	27	26	31	29	11,54	27,8	43,71
No se conoce	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0	0,00
TOTAL	56	68	64	62	68	21,43	63,6	100,00

TABLA 15: VARIABLE OTROS PROBLEMAS ASOCIADOS

ALCORNÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS			
Consumo de sustancias	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS			
Otra discapacidad (física-sensorial)	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS			
Otra discapacidad (psíquica)	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS			
NO	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS			
TOTAL	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS			
CARABANCHEL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	6	6	11	13	15	150,00	10,20	16,29
consumo de sustancias	5	5	10	11	12	140,00	8,60	13,74
otra discapacidad (física, sensorial)	1	1	1	2	3	200,00	1,60	2,56
otros	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0,00	0,00
Ninguno	49	51	47	50	52	6,12	49,80	79,55
No se conoce	6	2	2	1	1	-83,33	2,40	3,83
TOTAL	61	59	61	64	68	11,48	62,60	100,00
FUENCARRAL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	19	22	22	22	20	5,26	21,00	34,20
Consumo de sustancias	17	19	16	16	17	0,00	17,00	27,69
Efectos secundarios medicación	0	1	3	4	3	#¡DIV/0!	2,20	3,58
Otra discapacidad (física)	1	1	1	1	0	-100,00	0,80	1,30
Otra discapacidad (psíquica)	1	1	1	0	0	-100,00	0,60	0,98
Sin techo	0	0	1	1	0	#¡DIV/0!	0,40	0,65
NO	18	36	42	50	56	211,11	40,40	65,80
TOTAL	37	58	64	72	76	105,41	61,40	100,00
FUENLABRADA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	4	9	4	4	3	-25,00	4,80	7,06
Consumo de sustancias	2	7	3	1	1	-50,00	2,80	4,12
Otra discapacidad (física)	2	1	1	3	1	-50,00	1,60	2,35
Otra discapacidad (psíquica)	0	1	0	0	1	#¡DIV/0!	0,40	0,59
NO	54	63	66	69	64	18,52	63,20	92,94
TOTAL	58	72	70	73	67	15,52	68,00	100,00
GETAFE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	30	31	23	15	38	26,67	27,40	35,31
Consumo de sustancias	7	13	14	10	30	328,57	14,80	19,07
Otra discapacidad (física)	12	13	0	0	0	-100,00	5,00	6,44
Otra discapacidad (psíquica)	11	6	9	5	8	-27,27	7,80	10,05
NO	41	40	63	61	40	-2,44	49,00	63,14
Desconocido	3	2	0	0	0	-100,00	1,00	1,29
TOTAL	74	74	86	76	78	5,41	77,60	100,00
HORTALEZA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	19	22	25	24	21	10,53	22,20	34,69
Consumo de sustancias	19	22	25	24	21	10,53	22,20	34,69
Otra discapacidad (física)	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0,00	0,00
Otra discapacidad (psíquica)	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0,00	0,00
NO	42	41	40	44	42	0,00	41,80	107,18
TOTAL	61	63	65	68	63	3,28	64,00	100,00
LATINA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	16	SD	SD	SD	SD	#¡VALOR!	16,00	41,03
Consumo de sustancias	0	SD	SD	SD	SD	#¡VALOR!	0,00	0,00
Otra discapacidad (física)	0	SD	SD	SD	SD	#¡VALOR!	0,00	0,00
Otra discapacidad (psíquica)	0	SD	SD	SD	SD	#¡VALOR!	0,00	0,00
NO	23	SD	SD	SD	SD	#¡VALOR!	23,00	58,97
TOTAL	39	SD	SD	SD	SD	#¡VALOR!	39,00	100,00
VENTAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	4	6	1	0	0	-100,00	2,20	2,96
Consumo de sustancias	3	5	0	0	0	-100,00	1,60	2,16
Otra discapacidad (física)	1	1	1	0	0	-100,00	0,60	0,81
Otra discapacidad (psíquica)	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0,00	0,00
NO	61	68	74	76	81	32,79	72,00	97,04
TOTAL	65	74	75	76	81	24,62	74,20	100,00
PEDREZUELA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	17	24	14	26	23	35,29	20,80	31,80
Consumo de sustancias	13	17	12	24	23	76,92	17,80	27,22
Otra discapacidad (física)	2	0	0	0	0	-100,00	0,40	0,61
Otra discapacidad (psíquica)	2	7	2	2	0	-100,00	2,60	3,98
NO	45	37	55	41	45	0,00	44,60	68,20
TOTAL	62	61	69	67	68	9,68	65,40	100,00

RETIRO	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	SIN DATOS	13	13	10	10	#¡VALOR!	11,50	16,31
Consumo de sustancias	SIN DATOS	11	11	8	8	#¡VALOR!	9,50	13,48
Otra discapacidad (física)	SIN DATOS	0	0	0	0	#¡VALOR!	0,00	0,00
Otra discapacidad (psíquica)	SIN DATOS	2	2	2	2	#¡VALOR!	2,00	2,84
NO	SIN DATOS	56	55	62	63	#¡VALOR!	59,00	83,69
TOTAL	SIN DATOS	69	68	72	73	#¡VALOR!	70,50	100,00
SAN BLAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	5	4	6	7	13	160,00	7,00	10,57
Consumo de sustancias	5	4	5	6	13	160,00	6,60	9,97
Otra discapacidad (física)	0	0	1	1	0	#¡DIV/O!	0,40	0,60
Otra discapacidad (psíquica)	0	0	0	0	0	#¡DIV/O!	0,00	0,00
NO	45	61	65	67	58	28,89	59,20	89,43
TOTAL	50	65	71	74	71	42,00	66,20	100,00
TORREJÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	24	20	20	18	21	-12,50	20,60	31,60
Consumo de sustancias	16	13	12	12	12	-25,00	13,00	19,94
Otra discapacidad (física)	4	3	4	2	3	-25,00	3,20	4,91
Otra discapacidad (psíquica)	3	2	1	2	3	0,00	2,20	3,37
Otra discapacidad (sensorial)	1	2	3	2	3	200,00	2,20	3,37
NO	47	47	41	43	45	-4,26	44,60	68,40
TOTAL	71	67	61	61	66	-7,04	65,20	100,00
USERA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	1	7	2	3	6	500,00	3,80	7,79
Consumo de sustancias	1	1	2	3	0	-100,00	1,40	2,87
Otra discapacidad (física)	0	4	0	0	6	#¡DIV/O!	2,00	4,10
Otra discapacidad (psíquica)	0	2	0	0	0	#¡DIV/O!	0,40	0,82
NO	16	29	47	63	70	337,50	45,00	92,21
TOTAL	17	36	49	66	76	347,06	48,80	100,00
VALLECAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	6	10	24	13	6	0,00	11,80	17,88
Consumo de sustancias	6	0	24	13	6	0,00	9,80	14,85
Otra discapacidad (física)	0	0	0	0	0	#¡DIV/O!	0,00	0,00
Otra discapacidad (psíquica)	0	0	0	0	0	#¡DIV/O!	0,00	0,00
NO	48	55	45	58	65	35,42	54,20	82,12
TOTAL	54	65	69	71	71	31,48	66,00	100,00
VÁZQUEZ-MELLA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	SIN DATOS	SIN DATOS	12	11	6	#¡VALOR!	9,67	16,76
Consumo de sustancias	SIN DATOS	SIN DATOS	8	8	6	#¡VALOR!	7,33	12,72
Otra discapacidad (física)	SIN DATOS	SIN DATOS	2	1	0	#¡VALOR!	1,00	1,73
Otra discapacidad (psíquica)	SIN DATOS	SIN DATOS	2	2	0	#¡VALOR!	1,33	2,31
NO	SIN DATOS	SIN DATOS	35	47	62	#¡VALOR!	48,00	83,24
TOTAL	SIN DATOS	SIN DATOS	47	58	68	#¡VALOR!	57,67	100,00
VILLAVERDE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
SI	16	14	14	13	9	-43,75	13,20	20,50
Consumo de sustancias	13	11	13	12	8	-38,46	11,40	17,70
Otra discapacidad (física-sensorial)	2	3	1	1	1	-50,00	1,60	2,48
Otra discapacidad (psíquica)	1	0	0	0	0	-100,00	0,20	0,31
NO	40	54	50	49	59	47,50	50,40	78,26
TOTAL	56	68	68	62	68	21,43	64,40	100,00

BLOQUE C: RESULTADOS PROCESO DE REHABILITACIÓN LABORAL

TABLA 16: VARIABLE SEXO

ALCORCÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Hombres	6	5	11	16	17	183,33	11,00	69,62
Mujeres	2	6	3	6	7	250,00	4,80	30,38
TOTAL	8	11	14	22	24	200,00	15,80	100,00
CARABANCHEL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Varones	16	25	22	33	20	25,00	23,20	67,05
Mujeres	8	9	11	19	10	25,00	11,40	32,95
TOTAL	24	34	33	52	30	25,00	34,60	100,00
FUENCARRAL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Varones	SIN DATOS	18	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	#¡VALOR!	#¡VALOR!
Mujeres	SIN DATOS	20	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	#¡VALOR!	#¡VALOR!
TOTAL	18	38	83	53	50	177,78	69,96	100,00
FUENLABRADA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Varones	9	10	9	22	24	166,67	14,80	67,89
Mujeres	5	7	3	10	10	100,00	7,00	32,11
TOTAL	14	17	12	32	34	142,86	21,80	100,00
GETAFE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Varones	26	26	29	31	30	15,38	28,40	71,72
Mujeres	15	12	12	8	9	-40,00	11,20	28,28
TOTAL	41	38	41	39	39	-4,88	39,60	100,00
HORTALEZA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Varones	25	24	23	28	19	-24,00	23,80	73,01
Mujeres	8	9	9	10	8	0,00	8,80	26,99
TOTAL	33	33	32	38	27	-18,18	32,60	100,00
LATINA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Varones	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	#¡DIV/0!	#¡VALOR!
Mujeres	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	#¡DIV/0!	#¡VALOR!
TOTAL	15	10	18	36	35	133,33	22,80	100,00
VENTAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Varones	23	19	21	22	25	8,70	22,00	56,70
Mujeres	15	16	17	19	17	13,33	16,80	43,30
TOTAL	38	35	38	41	42	10,53	38,80	100,00
PEDREZUELA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Varones	9	25	9	9	10	11,11	12,40	30,39
Mujeres	32	10	33	35	32	0,00	28,40	69,61
TOTAL	41	35	42	44	42	2,44	40,80	100,00
RETIRO	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Varones	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	#¡DIV/0!	#¡VALOR!
Mujeres	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	#¡DIV/0!	#¡VALOR!
TOTAL	29	14	25	29	22	-24,14	23,80	100,00
SAN BLAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Varones	6	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	6,00	#¡VALOR!
Mujeres	4	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	4,00	#¡VALOR!
TOTAL	10	24	36	39	39	290,00	29,60	100,00
TORREJÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Varones	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
Mujeres	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
TOTAL	26	26	23	19	33	26,92	25,40	100,00
USERA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Varones	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
Mujeres	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
TOTAL	5	11	15	21	24	380,00	15,20	100,00
VALLECAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Varones	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
Mujeres	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
TOTAL	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
VÁZQUEZ-MELLA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Varones	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
Mujeres	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
TOTAL	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
VILLAVERDE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Varones	SIN DATOS	SIN DATOS	12	13	13	#¡VALOR!	12,67	#¡VALOR!
Mujeres	SIN DATOS	SIN DATOS	7	8	11	#¡VALOR!	8,67	#¡VALOR!
TOTAL	0	0	19	21	24	#¡DIV/0!	12,80	#¡DIV/0!

TABLA 17: VARIABLE TIPO DE EMPRESA

ALCORCÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Ordinaria	6	10	10	8	7	16,67	8,20	51,25
Protegida	1	1	4	14	15	1400,00	7,00	43,75
Actividad marginal	1	0	0	1	2	100,00	0,80	5,00
TOTAL	8	11	14	23	24	200,00	16,00	100,00
CARABANCHEL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Ordinaria	17	21	18	31	22	29,41	21,80	60,22
Protegida	7	7	15	21	16	128,57	13,20	36,46
Actividad marginal	0	6	0	0	0	#iDIV/0!	1,20	3,31
TOTAL	24	34	33	52	38	58,33	36,20	100,00
FUENCARRAL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Ordinaria	16	20	22	14	18	12,50	18,00	37,19
Protegida	0	16	52	32	29	#iDIV/0!	25,80	53,31
Actividad marginal	2	2	9	7	3	50,00	4,60	9,50
TOTAL	18	38	83	53	50	177,78	48,40	100,00
FUENLABRADA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Ordinaria	16	17	8	13	6	-62,50	12,00	40,54
Protegida	4	4	10	31	32	700,00	16,20	54,73
Actividad marginal	0	4	1	0	2	#iDIV/0!	1,40	4,73
TOTAL	20	25	19	44	40	100,00	29,60	100,00
GETAFE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Ordinaria	31	24	32	34	42	35,48	32,60	53,09
Protegida	32	26	29	27	30	-6,25	28,80	46,91
Actividad marginal	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0,00	0,00
TOTAL	63	50	61	61	72	14,29	61,40	100,00
HORTALEZA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Ordinaria	27	19	15	11	7	-74,07	15,80	36,74
Protegida	12	25	28	36	24	100,00	25,00	58,14
Enclave laboral	3	3	1	1	0	-100,00	1,60	3,72
Actividad marginal	0	0	0	2	1	#iDIV/0!	0,60	1,40
TOTAL	42	47	44	50	32	-23,81	43,00	100,00
LATINA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Ordinaria	18	8	13	33	34	88,89	21,20	55,21
Protegida	1	1	20	27	33	3200,00	16,40	42,71
Enclave laboral	0	1	0	2	0	#iDIV/0!	0,60	1,56
Actividad marginal	1	0	0	0	0	-100,00	0,20	0,52
TOTAL	20	10	33	62	67	235,00	38,40	100,00
VENTAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Ordinaria	29	23	30	23	21	-27,59	25,20	54,31
Protegida	16	19	19	23	29	81,25	21,20	45,69
Enclave laboral	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0,00	0,00
Actividad marginal	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0,00	0,00
TOTAL	45	42	49	46	50	11,11	46,40	100,00
PEDREZUELA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Ordinaria	54	49	46	28	18	-66,67	39,00	61,13
Protegida	16	18	18	18	16	0,00	17,20	26,96
Enclave laboral	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0,00	0,00
Actividad marginal	0	0	0	19	19	#iDIV/0!	7,60	11,91
TOTAL	70	67	64	65	53	-24,29	63,80	100,00
RETIRO	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Ordinaria	26	18	21	25	13	-50,00	20,60	47,47
Protegida	7	8	26	27	31	342,86	19,80	45,62
Enclave laboral	1	0	0	0	5	400,00	1,20	2,76
Actividad marginal	0	0	1	8	0	#iDIV/0!	1,80	4,15
TOTAL	34	26	48	60	49	44,12	43,40	100,00
SAN BLAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Ordinaria	7	7	12	16	10	42,86	10,40	22,91
Protegida	2	22	36	37	39	1850,00	27,20	59,91
Enclave laboral	1	8	13	10	7	600,00	7,80	17,18
Actividad marginal	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0,00	0,00
TOTAL	10	37	61	63	56	460,00	45,40	100,00
TORREJÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Ordinaria	11	6	3	7	9	-18,18	7,20	21,95
Protegida	18	20	29	24	31	72,22	24,40	74,39
Enclave laboral	4	2	0	0	0	-100,00	1,20	3,66
Actividad marginal	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0,00	0,00
TOTAL	33	28	32	31	40	21,21	32,80	100,00

USERA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Ordinaria	10	17	13	20	15	50,00	15,00	60,98
Protegida	0	1	12	12	22	#¡DIV/0!	9,40	38,21
Enclave laboral	0	1	0	0	0	#¡DIV/0!	0,20	0,81
Actividad marginal	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0,00	0,00
TOTAL	10	19	25	32	37	270,00	24,60	100,00
VALLECAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Ordinaria	8	14	11	14	8	0,00	11,00	36,42
Protegida	6	7	25	29	25	316,67	18,40	60,93
Enclave laboral	0	0	0	2	2	#¡DIV/0!	0,80	2,65
Actividad marginal	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0,00	0,00
TOTAL	14	21	36	45	35	150,00	30,20	100,00
VÁZQUEZ-MELLA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Ordinaria	SIN DATOS	22	23	21	20	#¡VALOR!	21,50	64,18
Protegida	SIN DATOS	8	8	14	18	#¡VALOR!	12,00	35,82
Enclave laboral	SIN DATOS	0	0	0	0	#¡VALOR!	0,00	0,00
Actividad marginal	SIN DATOS	0	0	0	0	#¡VALOR!	0,00	0,00
TOTAL	SIN DATOS	30	31	35	38	#¡VALOR!	33,50	100,00
VILLAVERDE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Ordinaria	8	15	18	16	32	300,00	17,80	61,81
Protegida	12	9	9	15	10	-16,67	11,00	38,19
Enclave laboral	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0,00	0,00
Actividad marginal	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0,00	0,00
TOTAL	20	24	27	31	42	110,00	28,80	100,00

TABLA 18: VARIABLE SECTOR

ALCORCÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Público	2	1	1	1	1	-50,00	1,20	7,50
Privado	5	8	10	13	23	360,00	11,80	73,75
Empleo dentro del Plan	1	2	3	9	0	-100,00	3,00	18,75
TOTAL	8	11	14	23	24	200,00	16,00	100,00
CARABANCHEL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Público	2	0	0	3	6	200,00	2,20	5,21
Privado	22	34	33	49	32	45,45	34,00	80,57
Empleo dentro del Plan	0	5	5	11	9	#iDIV/0!	6,00	14,22
TOTAL	24	39	38	63	47	95,83	42,20	100,00
FUENCARRAL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Público	1	3	1	1	0	-100,00	1,20	1,98
Privado	17	25	82	52	50	194,12	45,20	74,59
Empleo dentro del Plan	9	10	15	29	8	-11,11	14,20	23,43
TOTAL	27	38	98	82	58	114,81	60,60	100,00
FUENLABRADA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Público	0	3	2	1	2	#iDIV/0!	1,60	5,33
Privado	20	22	16	41	37	85,00	27,20	90,67
Empleo dentro del Plan	1	1	1	2	1	0,00	1,20	4,00
TOTAL	21	26	19	44	40	90,48	30,00	100,00
GETAFE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Público	10	6	10	10	12	20,00	9,60	14,33
Privado	53	44	51	51	60	13,21	51,80	77,31
Empleo dentro del Plan	0	0	13	15	0	#iDIV/0!	5,60	8,36
TOTAL	63	50	74	76	72	14,29	67,00	100,00
HORTALEZA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Público	1	2	1	2	1	0,00	1,40	3,33
Privado	38	41	38	46	31	-18,42	38,80	92,38
Empleo dentro del Plan	3	1	4	1	0	-100,00	1,80	4,29
TOTAL	42	44	43	49	32	-23,81	42,00	100,00
LATINA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Público	0	0	1	5	5	#iDIV/0!	2,20	4,58
Privado	18	10	32	57	62	244,44	35,80	74,58
Empleo dentro del Plan	2	2	11	18	17	750,00	10,00	20,83
TOTAL	20	12	44	80	84	320,00	48,00	100,00
VENTAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Público	3	2	3	1	2	-33,33	2,20	4,66
Privado	42	40	42	41	48	14,29	42,60	90,25
Empleo dentro del Plan	0	0	4	4	4	#iDIV/0!	2,40	5,08
TOTAL	45	42	49	46	54	20,00	47,20	100,00
PEDREZUELA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Público	1	5	3	1	1	0,00	2,20	2,84
Privado	69	62	61	64	52	-24,64	61,60	79,59
Empleo dentro del Plan	14	15	12	13	14	0,00	13,60	17,57
TOTAL	84	82	76	78	67	-20,24	77,40	100,00
RETIRO	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Público	9	2	4	6	3	-66,67	4,80	7,89
Privado	25	24	44	54	46	84,00	38,60	63,49
Empleo dentro del Plan	11	15	26	28	7	-36,36	17,40	28,62
TOTAL	45	41	74	88	56	24,44	60,80	100,00
SAN BLAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Público	0	3	3	1	0	#iDIV/0!	1,40	3,15
Privado	10	34	58	57	54	440,00	42,60	95,95
Empleo dentro del Plan	0	0	0	0	2	#iDIV/0!	0,40	0,90
TOTAL	10	37	61	58	56	460,00	44,40	100,00
TORREJÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Público	2	1	0	1	0	-100,00	0,80	2,41
Privado	30	27	32	30	39	30,00	31,60	95,18
Empleo dentro del Plan	1	0	0	2	1	0,00	0,80	2,41
TOTAL	33	28	32	33	40	21,21	33,20	100,00
USERA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Público	8	7	2	2	0	-100,00	3,80	14,73
Privado	2	11	22	30	37	1750,00	20,40	79,07
Empleo dentro del Plan	1	1	1	2	3	200,00	1,60	6,20
TOTAL	11	19	25	34	40	263,64	25,80	100,00
VALLECAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Público	0	0	0	0	0	#iDIV/0!	0,00	0,00
Privado	14	21	36	25	30	114,29	25,20	72,83
Empleo dentro del Plan	3	4	15	20	5	66,67	9,40	27,17
TOTAL	17	25	51	45	35	105,88	34,60	100,00

VÁZQUEZ-MELLA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Público	SIN DATOS	6	8	4	3	#¡VALOR!	5,25	13,82
Privado	SIN DATOS	24	13	19	35	#¡VALOR!	22,75	59,87
Empleo dentro del Plan	SIN DATOS	8	10	12	10	#¡VALOR!	10,00	26,32
TOTAL	0	38	31	35	48	#¡DIV/0!	38,00	100,00
VILLAVERDE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Público	0	1	0	1	0	#¡DIV/0!	0,40	1,32
Privado	20	19	17	12	36	80,00	20,80	68,87
Empleo dentro del Plan	4	7	10	18	6	50,00	9,00	29,80
TOTAL	24	27	27	31	42	75,00	30,20	100,00

TABLA 19: VARIABLE TIPO DE CONTRATO

ALCORCÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Indefinido	1	1	2	5	10	900,00	3,80	23,46
Temporal	6	10	12	18	12	100,00	11,60	71,60
Sin contrato	1	0	0	1	2	100,00	0,80	4,94
TOTAL	8	11	14	24	24	200,00	16,20	100,00
CARABANCHEL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Indefinido	10	3	4	16	10	0,00	8,60	23,76
Temporal	14	25	29	36	28	100,00	26,40	72,93
Sin contrato	0	6	0	0	0	#¡DIV/0!	1,20	3,31
TOTAL	24	34	33	52	38	58,33	36,20	100,00
FUENCARRAL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Indefinido	0	5	9	15	16	#¡DIV/0!	9,00	18,60
Temporal	15	32	69	31	31	106,67	35,60	73,55
Sin contrato	3	1	5	7	3	0,00	3,80	7,85
TOTAL	18	38	83	53	50	177,78	48,40	100,00
FUENLABRADA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Indefinido	7	7	2	11	13	85,71	8,00	27,03
Temporal	13	14	16	31	25	92,31	19,80	66,89
Sin contrato	0	4	1	2	2	#¡DIV/0!	1,80	6,08
TOTAL	20	25	19	44	40	100,00	29,60	100,00
GETAFE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Indefinido	27	19	16	15	18	-33,33	19,00	30,94
Temporal	36	31	45	46	54	50,00	42,40	69,06
Sin contrato	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0,00	0,00
TOTAL	63	50	61	61	72	14,29	61,40	100,00
HORTALEZA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Indefinido	17	15	17	16	10	-41,18	15,00	35,71
Temporal	24	27	22	31	21	-12,50	25,00	59,52
Sin contrato	1	2	4	2	1	0,00	2,00	4,76
TOTAL	42	44	43	49	32	-23,81	42,00	100,00
LATINA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Indefinido	2	6	3	8	9	350,00	5,60	14,58
Temporal	13	3	28	47	54	315,38	29,00	75,52
Sin contrato	5	1	2	7	4	-20,00	3,80	9,90
TOTAL	20	10	33	62	67	235,00	38,40	100,00
VENTAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Indefinido	20	20	21	17	21	5,00	19,80	42,67
Temporal	25	20	28	28	29	16,00	26,00	56,03
Sin contrato	0	2	0	1	0	#¡DIV/0!	0,60	1,29
TOTAL	45	42	49	46	50	11,11	46,40	100,00
PEÑEZUELA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Indefinido	36	29	26	24	22	-38,89	27,40	42,95
Temporal	23	27	21	22	12	-47,83	21,00	32,92
Sin contrato	11	11	17	19	19	72,73	15,40	24,14
TOTAL	70	67	64	65	53	-24,29	63,80	100,00
RETIRO	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Indefinido	7	1	4	12	5	-28,57	5,80	13,36
Temporal	25	25	38	40	38	52,00	33,20	76,50
Sin contrato	2	0	6	8	6	200,00	4,40	10,14
TOTAL	34	26	48	60	49	44,12	43,40	100,00
SAN BLAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Indefinido	2	6	10	18	15	650,00	10,20	21,98
Temporal	7	23	38	30	32	357,14	26,00	56,03
Sin contrato	1	8	13	20	9	800,00	10,20	21,98
TOTAL	10	37	61	68	56	460,00	46,40	100,00
TORREJÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Indefinido	6	2	7	3	13	116,67	6,20	18,90
Temporal	22	24	25	28	27	22,73	25,20	76,83
Sin contrato	5	2	0	0	0	-100,00	1,40	4,27
TOTAL	33	28	32	31	40	21,21	32,80	100,00
USERA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Indefinido	1	1	3	5	5	400,00	3,00	12,20
Temporal	9	16	19	21	29	222,22	18,80	76,42
Sin contrato	0	2	3	6	3	#¡DIV/0!	2,80	11,38
TOTAL	10	19	25	32	37	270,00	24,60	100,00

VALLECAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Indefinido	1	4	8	5	6	500,00	4,80	15,89
Temporal	13	17	26	38	27	107,69	24,20	80,13
Sin contrato	0	0	2	2	2	#¡DIV/0!	1,20	3,97
TOTAL	14	21	36	45	35	150,00	30,20	100,00
VÁZQUEZ-MELLA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Indefinido	SIN DATOS	9	9	9	4	#¡VALOR!	7,75	28,92
Temporal	SIN DATOS	21	22	26	33	#¡VALOR!	25,50	95,15
Sin contrato	SIN DATOS	0	0	0	1	#¡VALOR!	0,25	0,93
TOTAL	0	30	31	35	38	#¡DIV/0!	26,80	100,00
VILLAVERDE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Indefinido	4	7	10	9	15	275,00	9,00	32,14
Temporal	16	13	17	22	27	68,75	19,00	67,86
Sin contrato	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	0,00	0,00
TOTAL	20	20	27	31	42	110,00	28,00	100,00

TABLA 20: VARIABLE TIPO DE JORNADA

ALCORCÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Completa (35-40)	3	4	8	16	15	400,00	9,20	58,23
Parcial (20-35)	4	5	4	5	6	50,00	4,80	30,38
Por horas (<20)	1	1	2	2	3	200,00	1,80	11,39
TOTAL	8	10	14	23	24	200,00	15,80	100,00
CARABANCHEL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Completa (35-40)	14	18	17	27	17	21,43	18,60	51,38
Parcial (20-35)	7	9	13	22	14	100,00	13,00	35,91
Por horas (<20)	3	7	3	3	7	133,33	4,60	12,71
TOTAL	24	34	33	52	38	58,33	36,20	100,00
FUENCARRAL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Completa (35-40)	2	9	9	21	16	700,00	11,40	23,55
Parcial (20-35)	15	27	65	30	31	106,67	33,60	69,42
Por horas (<20)	1	2	9	2	3	200,00	3,40	7,02
TOTAL	18	38	83	53	50	177,78	48,40	100,00
FUENLABRADA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Completa (35-40)	13	19	17	40	32	146,15	24,20	81,76
Parcial (20-35)	5	4	0	3	5	0,00	3,40	11,49
Por horas (<20)	2	2	2	1	3	50,00	2,00	6,76
TOTAL	20	25	19	44	40	100,00	29,60	100,00
GETAFE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Completa (35-40)	42	32	30	27	23	-45,24	30,80	50,16
Parcial (20-35)	19	18	11	22	28	47,37	19,60	31,92
Por horas (<20)	2	0	20	12	21	950,00	11,00	17,92
TOTAL	63	50	61	61	72	14,29	61,40	100,00
HORTALEZA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Completa (35-40)	33	29	29	33	26	-21,21	30,00	71,43
Parcial (20-35)	8	13	14	15	6	-25,00	11,20	26,67
Por horas (<20)	1	2	0	1	0	-100,00	0,80	1,90
TOTAL	42	44	43	49	32	-23,81	42,00	100,00
LATINA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Completa (35-40)	4	5	19	34	21	425,00	16,60	43,23
Parcial (20-35)	8	3	11	21	31	287,50	14,80	38,54
Por horas (<20)	8	2	3	7	15	87,50	7,00	18,23
TOTAL	20	10	33	62	67	235,00	38,40	100,00
VENTAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Completa (35-40)	38	32	39	38	33	-13,16	36,00	77,59
Parcial (20-35)	6	7	8	7	15	150,00	8,60	18,53
Por horas (<20)	1	3	2	1	2	100,00	1,80	3,88
TOTAL	45	42	49	46	50	11,11	46,40	100,00
PEDREZUELA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Completa (35-40)	43	34	44	47	36	-16,28	40,80	63,95
Parcial (20-35)	19	30	16	14	10	-47,37	17,80	27,90
Por horas (<20)	8	3	4	4	7	-12,50	5,20	8,15
TOTAL	70	67	64	65	53	-24,29	63,80	100,00
RETIRO	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Completa (35-40)	23	16	33	36	23	0,00	26,20	60,37
Parcial (20-35)	7	6	9	14	17	142,86	10,60	24,42
Por horas (<20)	4	4	6	10	9	125,00	6,60	15,21
TOTAL	34	26	48	60	49	44,12	43,40	100,00
SAN BLAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Completa (35-40)	7	22	43	39	34	385,71	29,00	65,32
Parcial (20-35)	2	6	9	11	10	400,00	7,60	17,12
Por horas (<20)	1	9	9	8	12	1100,00	7,80	17,57
TOTAL	10	37	61	58	56	460,00	44,40	100,00
TORREJÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Completa (35-40)	23	24	31	27	30	30,43	27,00	82,32
Parcial (20-35)	8	2	1	4	7	-12,50	4,40	13,41
Por horas (<20)	2	2	0	0	3	50,00	1,40	4,27
TOTAL	33	28	32	31	40	21,21	32,80	100,00
USERA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Completa (35-40)	5	9	12	13	24	380,00	12,60	51,22
Parcial (20-35)	4	6	9	11	5	25,00	7,00	28,46
Por horas (<20)	1	4	4	8	8	700,00	5,00	20,33
TOTAL	10	19	25	32	37	270,00	24,60	100,00

VALLECAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Completa (35-40)	7	11	20	23	27	285,71	17,60	58,28
Parcial (20-35)	7	9	13	18	3	-57,14	10,00	33,11
Por horas (<20)	0	1	3	4	5	#¡DIV/0!	2,60	8,61
TOTAL	14	21	36	45	35	150,00	30,20	100,00
VÁZQUEZ-MELLA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Completa (35-40)	SIN DATOS	17	15	15	16	#¡VALOR!	15,75	58,77
Parcial (20-35)	SIN DATOS	13	16	20	22	#¡VALOR!	17,75	66,23
Por horas (<20)	SIN DATOS	0	0	0	0	#¡VALOR!	0,00	0,00
TOTAL	0	30	31	35	38	#¡DIV/0!	26,80	100,00
VILLASVERDE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Completa (35-40)	12	11	21	16	27	125,00	17,40	62,14
Parcial (20-35)	8	9	6	14	14	75,00	10,20	36,43
Por horas (<20)	0	0	0	1	1	#¡DIV/0!	0,40	1,43
TOTAL	20	20	27	31	42	110,00	28,00	100,00

TABLA 21: VARIABLE TOTAL CONTRATOS

ALCORCÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
TOTAL	8	14	16	23	24	200,00	17,00
CARABANCHEL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
TOTAL	24	34	33	52	38	58,33	36,20
FUENCARRAL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
TOTAL	18	38	83	53	50	177,78	48,40
FUENLABRADA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
TOTAL	20	25	19	44	40	100,00	29,60
GETAFE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
TOTAL	63	50	61	61	72	14,29	61,40
HORTALEZA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
TOTAL	42	44	43	49	32	-23,81	42,00
LATINA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
TOTAL	20	10	33	62	67	235,00	38,40
VENTAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
TOTAL	45	42	49	46	50	11,11	46,40
PEDREZUELA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
TOTAL	70	67	64	65	53	-24,29	63,80
RETIRO	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
TOTAL	34	26	48	60	49	44,12	43,40
SAN BLAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
TOTAL	10	37	61	58	56	460,00	44,40
TORREJÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
TOTAL	33	28	32	31	40	21,21	32,80
USERA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
TOTAL	10	19	25	32	37	270,00	24,60
VALLECAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
TOTAL	14	21	36	45	35	150,00	30,20
VÁZQUEZ-MELLA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
TOTAL	SIN DATOS	30	31	35	38	#¡VALOR!	33,50
VILLVERDE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
TOTAL	20	20	27	31	42	110,00	28,00

TABLA 22: VARIABLE PUESTOS QUE SE MANTIENEN A 31/12

ALCORCÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Con intermediación CRL	SIN DATOS	1	4	13	12	#¡VALOR!	7,50	SIN DATOS
Sin intermediación CRL	SIN DATOS	2	4	3	0	#¡VALOR!	2,25	SIN DATOS
TOTAL	0	3	8	16	12	#¡DIV/0!	7,80	SIN DATOS
CARABANCHEL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Con intermediación CRL	7	11	21	17	16	128,57	14,40	70,59
Sin intermediación CRL	5	10	3	6	6	20,00	6,00	29,41
TOTAL	12	21	24	23	22	83,33	20,40	100,00
FUENCARRAL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Con intermediación CRL	2	6	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	4,00	SIN DATOS
Sin intermediación CRL	0	4	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	2,00	SIN DATOS
TOTAL	2	10	19	24	20	900,00	15,00	SIN DATOS
FUENLABRADA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Con intermediación CRL	2	3	2	20	17	750,00	8,80	61,11
Sin intermediación CRL	4	5	13	4	2	-50,00	5,60	38,89
TOTAL	6	8	15	24	19	216,67	14,40	100,00
GETAFE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Con intermediación CRL	19	19	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	19,00	SIN DATOS
Sin intermediación CRL	6	5	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	5,50	SIN DATOS
TOTAL	25	24	21	31	SIN DATOS	#¡VALOR!	25,25	SIN DATOS
HORTALEZA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Con intermediación CRL	12	14	9	11	9	-25,00	11,00	62,50
Sin intermediación CRL	9	6	4	7	7	-22,22	6,60	37,50
TOTAL	21	20	13	18	16	-23,81	17,60	100,00
LATINA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Con intermediación CRL	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	#¡DIV/0!	SIN DATOS
Sin intermediación CRL	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	#¡DIV/0!	SIN DATOS
TOTAL	11	6	8	21	17	54,55	12,60	SIN DATOS
VENTAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Con intermediación CRL	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	#¡DIV/0!	SIN DATOS
Sin intermediación CRL	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	#¡DIV/0!	SIN DATOS
TOTAL	SIN DATOS	23	21	30	34	#¡VALOR!	27,00	SIN DATOS
PEDREZUELA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Con intermediación CRL	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	#¡DIV/0!	SIN DATOS
Sin intermediación CRL	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	#¡DIV/0!	SIN DATOS
TOTAL	32	30	33	32	29	-9,38	31,20	SIN DATOS
RETIRO	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Con intermediación CRL	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	#¡DIV/0!	SIN DATOS
Sin intermediación CRL	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	#¡DIV/0!	SIN DATOS
TOTAL	25	17	16	16	20	-20,00	18,80	SIN DATOS
SAN BLAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Con intermediación CRL	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	#¡DIV/0!	SIN DATOS
Sin intermediación CRL	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	#¡DIV/0!	SIN DATOS
TOTAL	2	18	20	27	24	1100,00	18,20	SIN DATOS
TORREJÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Con intermediación CRL	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	#¡DIV/0!	SIN DATOS
Sin intermediación CRL	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	#¡DIV/0!	SIN DATOS
TOTAL	17	12	17	24	21	23,53	18,20	SIN DATOS
USERA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Con intermediación CRL	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	#¡DIV/0!	SIN DATOS
Sin intermediación CRL	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	#¡DIV/0!	SIN DATOS
TOTAL	4	8	9	11	10	150,00	8,40	SIN DATOS
VALLECAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Con intermediación CRL	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	#¡DIV/0!	SIN DATOS
Sin intermediación CRL	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	#¡DIV/0!	SIN DATOS
TOTAL	6	9	15	9	21	250,00	12,00	SIN DATOS
VÁZQUEZ-MELLA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Con intermediación CRL	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	#¡DIV/0!	SIN DATOS
Sin intermediación CRL	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	#¡DIV/0!	SIN DATOS
TOTAL	SIN DATOS	13	20	19	24	#¡VALOR!	19,00	SIN DATOS
VILLAVERDE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Con intermediación CRL	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	#¡DIV/0!	SIN DATOS
Sin intermediación CRL	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	#¡DIV/0!	SIN DATOS
TOTAL	8	11	14	17	15	87,50	13,00	SIN DATOS

TABLA 23: VARIABLE FORMACIÓN PARA EL EMPLEO

ALCORCÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Formación para el empleo	5	9	11	14	13	160,00	10,40	82,54
Formación Reglada	2	2	1	2	4	100,00	2,20	17,46
TOTAL	7	11	12	16	17	142,86	12,60	100,00
CARABANCHEL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Formación para el empleo	15	19	29	40	28	86,67	26,20	72,38
Formación Reglada	9	15	4	12	10	11,11	10,00	27,62
TOTAL	24	34	33	52	38	58,33	36,20	100,00
FUENCARRAL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Formación para el empleo	9	21	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	#¡VALOR!	#¡VALOR!
Formación Reglada	9	17	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	#¡VALOR!	#¡VALOR!
TOTAL	18	38	83	53	50	177,78	48,40	100,00
FUENLABRADA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Formación para el empleo	4	3	19	30	35	775,00	18,20	48,40
Formación Reglada	13	22	38	14	10	-23,08	19,40	51,60
TOTAL	17	25	57	44	45	164,71	37,60	100,00
GETAFE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Formación para el empleo	49	39	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	#¡VALOR!	#¡VALOR!
Formación Reglada	14	11	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	#¡VALOR!	#¡VALOR!	#¡VALOR!
TOTAL	63	50	61	61	72	14,29	61,40	100,00
HORTALEZA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Formación para el empleo	11	11	15	13	11	0,00	12,20	78,21
Formación Reglada	0	3	5	5	4	#¡DIV/0!	3,40	21,79
TOTAL	11	14	20	18	15	36,36	15,60	100,00
LATINA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Formación para el empleo	14	20	25	20	24	71,43	20,60	83,74
Formación Reglada	0	5	5	5	5	#¡DIV/0!	4,00	16,26
TOTAL	14	25	30	25	29	107,14	24,60	100,00
VENTAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Formación para el empleo	18	27	34	31	16	-11,11	25,20	81,29
Formación Reglada	2	6	7	7	7	250,00	5,80	18,71
TOTAL	20	33	41	38	23	15,00	31,00	100,00
PEDREZUELA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Formación para el empleo	20	11	13	13	12	-40,00	13,80	58,47
Formación Reglada	6	9	10	12	12	100,00	9,80	41,53
TOTAL	26	20	23	25	24	-7,69	23,60	100,00
RETIRO	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Formación para el empleo	20	21	26	18	21	5,00	21,20	81,54
Formación Reglada	4	5	7	4	4	0,00	4,80	18,46
TOTAL	24	26	33	22	25	4,17	26,00	100,00
SAN BLAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Formación para el empleo	9	37	22	31	11	22,22	22,00	90,91
Formación Reglada	2	4	1	2	2	0,00	2,20	9,09
TOTAL	11	41	23	33	13	18,18	24,20	100,00
TORREJÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Formación para el empleo	12	22	23	11	8	-33,33	15,20	89,41
Formación Reglada	2	0	0	4	3	50,00	1,80	10,59
TOTAL	14	22	23	15	11	-21,43	17,00	100,00
USERA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Formación para el empleo	3	2	3	18	28	833,33	10,80	69,23
Formación Reglada	1	5	6	5	7	600,00	4,80	30,77
TOTAL	4	7	9	23	35	775,00	15,60	100,00
VALLECAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Formación para el empleo	6	9	7	13	16	166,67	10,20	92,73
Formación Reglada	0	1	1	1	1	#¡DIV/0!	0,80	7,27
TOTAL	6	10	8	14	17	183,33	11,00	100,00
VÁZQUEZ-MELLA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Formación para el empleo	SIN DATOS	4	7	12	19	#¡VALOR!	#¡VALOR!	#¡VALOR!
Formación Reglada	SIN DATOS	2	3	4	5	#¡VALOR!	#¡VALOR!	#¡VALOR!
TOTAL	0	6	10	16	24	#¡DIV/0!	11,20	100,00
VILLVERDE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media	% Media
Formación para el empleo	9	14	10	15	26	188,89	14,80	85,06
Formación Reglada	0	3	3	4	3	#¡DIV/0!	2,60	14,94
TOTAL	9	17	13	19	29	222,22	17,40	100,00

TABLA 24: VARIABLE RESULTADOS CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

ALCORCÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
Satisfacción con la intervención	5,18	5,05	4,64	4,73	4,94	-4,63	4,91
Satisfacción con los profesionales	5,40	5,21	5,12	5,00	5,16	-4,44	5,18
Satisfacción con las instalaciones	5,21	5,00	4,92	4,64	4,63	-11,13	4,88
CARABANCHEL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
Satisfacción con la intervención	5,13	4,98	5,23	5,28	5,22	1,75	5,17
Satisfacción con los profesionales	5,40	5,28	5,47	5,55	5,44	0,74	5,43
Satisfacción con las instalaciones	5,33	5,32	5,52	5,43	5,41	1,50	5,40
FUENCARRAL	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
Satisfacción con la intervención	4,65	4,70	5,06	4,80	5,06	8,82	4,85
Satisfacción con los profesionales	4,73	4,90	5,27	5,08	5,38	13,74	5,07
Satisfacción con las instalaciones	5,31	5,08	5,18	5,10	5,30	-0,19	5,19
FUENLABRADA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
Satisfacción con la intervención	4,98	4,99	4,93	4,86	5,04	1,20	4,96
Satisfacción con los profesionales	4,99	5,13	5,21	5,26	5,35	7,21	5,19
Satisfacción con las instalaciones	4,85	5,12	4,65	4,89	4,87	0,41	4,88
GETAFE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
Satisfacción con la intervención	4,95	5,00	4,99	4,98	5,00	1,01	4,98
Satisfacción con los profesionales	5,13	5,20	5,19	5,05	5,07	-1,17	5,13
Satisfacción con las instalaciones	5,08	5,05	5,09	5,02	5,04	-0,79	5,06
HORTALEZA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
Satisfacción con la intervención	4,77	4,80	4,88	4,64	4,63	-2,94	4,74
Satisfacción con los profesionales	4,94	4,97	5,06	4,99	4,86	-1,62	4,96
Satisfacción con las instalaciones	4,98	4,97	5,04	4,90	4,84	-2,81	4,95
LATINA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
Satisfacción con la intervención	4,55	4,73	4,43	4,69	4,69	3,08	4,62
Satisfacción con los profesionales	5,00	4,88	4,75	5,02	5,02	0,40	4,93
Satisfacción con las instalaciones	5,07	4,91	4,61	5,00	5,00	-1,38	4,92
VENTAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
Satisfacción con la intervención	5,39	5,55	5,51	5,42	5,38	-0,19	5,45
Satisfacción con los profesionales	5,52	5,74	5,69	5,60	5,57	0,91	5,62
Satisfacción con las instalaciones	5,23	5,40	5,39	5,35	5,35	2,29	5,34
PEDREZUELA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
Satisfacción con la intervención	5,19	5,10	5,08	5,13	5,03	-3,08	5,11
Satisfacción con los profesionales	5,31	5,44	5,46	5,37	5,23	-1,51	5,36
Satisfacción con las instalaciones	4,91	4,80	4,78	5,02	4,88	-0,61	4,88
RETIRO	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
Satisfacción con la intervención	4,82	4,94	5,19	4,90	5,22	8,30	5,01
Satisfacción con los profesionales	5,06	5,18	5,33	5,10	5,31	4,94	5,20
Satisfacción con las instalaciones	4,55	4,86	4,75	4,90	4,97	9,23	4,81
SAN BLAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
Satisfacción con la intervención	4,76	4,98	4,88	5,02	5,02	5,46	4,93
Satisfacción con los profesionales	4,90	5,14	5,10	5,28	5,34	8,98	5,15
Satisfacción con las instalaciones	5,11	5,00	5,03	5,19	5,13	0,39	5,09
TORREJÓN	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
Satisfacción con la intervención	4,37	4,41	4,72	4,57	5,05	15,56	4,62
Satisfacción con los profesionales	4,75	4,66	5,29	4,78	5,19	9,26	4,93
Satisfacción con las instalaciones	4,81	4,39	4,89	4,45	4,92	2,29	4,69
USERA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
Satisfacción con la intervención	4,92	4,60	5,08	5,07	5,01	1,83	4,94
Satisfacción con los profesionales	5,20	4,75	5,32	5,13	5,15	-0,96	5,11
Satisfacción con las instalaciones	5,21	4,47	5,41	5,18	5,11	-1,92	5,08
VALLECAS	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
Satisfacción con la intervención	5,08	5,08	5,26	4,63	4,90	-3,54	4,99
Satisfacción con los profesionales	5,47	5,34	5,51	5,00	5,28	-3,47	5,32
Satisfacción con las instalaciones	5,40	5,16	5,19	4,83	4,92	-8,89	5,10
VÁZQUEZ-MELLA	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
Satisfacción con la intervención	4,90	5,49	5,11	5,25	5,00	2,04	5,15
Satisfacción con los profesionales	5,08	5,65	5,15	5,60	5,23	2,95	5,34
Satisfacción con las instalaciones	4,32	4,44	5,09	5,11	4,86	12,50	4,76
VILLAVERDE	2008	2009	2010	2011	2012	IP (2008-2012)	Media
Satisfacción con la intervención	5,05	5,13	5,12	5,03	5,04	-0,20	5,07
Satisfacción con los profesionales	5,38	5,37	5,17	5,17	5,20	-3,35	5,26
Satisfacción con las instalaciones	5,34	5,26	5,11	5,10	5,18	-3,00	5,20

11.3 ANEXO 3: GUIÓN ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD Y FICHAS RESUMEN

1. **NACIMIENTO DEL RECURSO:** Orígenes. Contexto sociodemográfico. Principales apoyos: ONGs, Administración Pública, Sindicatos. Evaluación de las primeras experiencias. Encuentro entre tipos de organización, entre diferentes actores., relaciones que se producen entre ellos: personas, familias, políticos, técnicos, sindicatos....
2. **FASES DEL ITINERARIO:** Diferencias respecto a otros recursos. Fases más importantes. Importancia de la familia. Consenso con la persona. Importancia de la evaluación en varios momentos. Participación de las personas en el recurso (debilidades y fortalezas)
3. **MODELO PRIMERO ENTRENA Y DESPUÉS COLOCA O VVERSA:** Análisis comparativo respecto a otros modelos en el ámbito de las CC.AA, europeo e internacional. (Fortalezas-oportunidades)
4. **GÉNERO Y EDAD Vs. SALUD MENTAL:** Estigma y autoestigma de la mujer con enfermedad mental. Perfiles formativos y de inserción laboral de la mujer en los CRL. (debilidades)
5. **FACTORES CLAVE EN LA INSERCIÓN LABORAL DE LOS EMG:** Motivación, Apoyo familiar, Experiencias laborales previas y Buen nivel de funcionamiento (ponderación de estos 4 factores). Claves de la intermediación laboral. (fortalezas y debilidades de cada uno de los factores)
6. **CLAVES DEL ÉXITO DE LOS CRL.** la continuidad del mismo (apuesta decidida de la Comunidad de Madrid); la existencia de equipos multiprofesionales, la visión integral del recurso, el plazo para conseguir su meta de inserción laboral lo marca la persona y no el itinerario/protocolo de atención y el trabajo en red (ponderación de estos 4 factores). (fortalezas-oportunidades)
7. **APORTACIONES PARA MEJORAR EL MODELO:** Financiación. Equipo profesional. Infraestructuras. Otros medios (materiales, etc.). Otras aportaciones. (oportunidades)
8. **COMO AFECTA LA CRISIS A ESTE RECURSO EN EL PRESENTE Y COMO LO HARÁ EN EL FUTURO.** Cuestionamiento o imposibilidad de sostener la red en el futuro. (debilidades-amenazas)

Ficha de entrevista		
Nombre del entrevistado: C.F Institución: TAIL CRL ALCORCÓN (FUNDACIÓN MANANTIAL) Fecha: 02/12/2013 Duración: 1 hora 30 minutos		
Nombre del entrevistador: SEGUNDO VALMORISCO		
Temas	Síntesis de ideas principales	Selección de frases relevantes
ITINERARIO	Fases del itinerario de inserción laboral	
EVALUACIÓN	Importancia de la evaluación en el proceso	
FORLALEZAS CRL	<ul style="list-style-type: none"> - Continuidad - Equipos multiprofesionales - Visión integral - El plazo lo marca la persona - Trabajo en red - El CRL permite fórmulas como los convenios de prácticas no laborales - Modelo coordinado entre SS.SS y Salud Mental 	

Ficha de entrevista		
Nombre del entrevistado: A.R (I) Institución: DIRECCIÓN GENERAL DE SS.SS (CONSEJERÍA AA.SS). COMUNIDAD DE MADRID Fecha: 19/12/2013 Duración: 1 hora 10 minutos		
Nombre del entrevistador: SEGUNDO VALMORISCO		
Temas	Síntesis de ideas principales	Selección de frases relevantes
RECURSOS REHABILITACIÓN LABORAL	<ul style="list-style-type: none"> - Fundación Rey Ardíz (Zaragoza) - Origen CRL con "Nueva Vida" - BlogTAIL - Programa INCORPORA (Manantial) 	
PREPARADOR	Comienza en 2004. Se hace empleo con apoyo dentro del propio CRL (ensayo). Flexibilizan el empleo con apoyo	
FORLALEZAS CRL	<ul style="list-style-type: none"> - Continuidad - Equipos multiprofesionales - Visión integral - El plazo lo marca la persona - Las mujeres llegan tarde al CRL (30%) - Trabajo en red - Trabajo comunitario - El CRL permite fórmulas como los convenios de prácticas no laborales - Modelo coordinado entre SS.SS y Salud Mental 	
SENSIBILIZACIÓN	Se lucha contra el estigma de las PEM	
CEE en Salud Mental	En Madrid apenas había CEE para PEM, ahora Manantial Documenta	

Ficha de entrevista		
Nombre del entrevistado: A.R (II) Institución: DIRECCIÓN GENERAL DE SS.SS (CONSEJERÍA AA.SS). COMUNIDAD DE MADRID Fecha: 29/09/2014 Duración: 1 hora 30 minutos		
Nombre del entrevistador: SEGUNDO VALMORISCO		
Temas	Síntesis de ideas principales	Selección de frases relevantes
ORIGEN CRL	Mayo 1991	
PREPARADOR LABORAL	En 2003 se sometieron a una nueva experiencia, que consistía en introducir la figura del preparador laboral en los equipos multiprofesionales, unido al TAIL	Defensa del modelo “primero entrena y después coloca” con salvedades: el preparador laboral hacía la labor de empleo con apoyo.
LEY DERECHOS PD 2013	Actualización del decreto 1997	
COFINANCIACIÓN	A partir de 2014, el FSE cofinancia este recurso: 14 en régimen de concierto y 7 centros propios	Los CEE se financia vía subvención e ingresos propios, los CRL mediante concierto
CRPS	Su finalidad no es la rehabilitación laboral, pero consiguen entre un 15-20% de inserciones laborales	
ANÁLISIS COMPARADO CC.AA	No todas las CC.AA ofrecen los mismos recursos y la misma financiación,	algunas CC.AA no tienen una red consolidada (pueden tener una buena red sanitaria pero una deficiente red de apoyo)
FALTA LIDERAZGO	Por parte de la Administración estatal, unida a un fuerte apoyo presupuestario	
EQUIPARAR RECURSOS	Existencia de unos fondos de compensación para conseguir que se equiparen los servicios	Para ello debe existir un consenso entre todas las CC.AA
APOYO PRESUPUESTARIO	En los países nórdicos se aporta un 3% del PIB para políticas de empleo	
RESULTADOS DE INSERCIÓN	No es justo atribuir malos resultados de inserción a dispositivos que apenas tienen servicios	A diferentes recursos diferentes resultados
FALTA HOMOGENEIDAD	Importancia de apoyar e identificar un modelo de aplicación en todo el territorio nacional	
COORDINACIÓN CON LOS RECURSOS DE	Apenas existe	

Ficha de entrevista		
EMPLEO		
FORMACIÓN MÁS ESPECÍFICA	La gama de cursos que existen son poco adaptables a nuestros colectivo.	
BAJA CUALIFICACIÓN	Los CRL están intermediando con empleos de baja cualificación	Se debería trabajar con los de mayor nivel
PRIMERO COLOCA Y DESPUÉS ENTRENA	Colocar sin preparar no funcionaba (2004) en el propio centro de trabajo, era mejor introducir en los CRL la figura de los preparadores laborales	
AUTOESTIGMA	Hay que tratar de sacar a los EM de su rol de enfermo	
FACTORES DE ÉXITO	Motivación, apoyo familiar, experiencias laborales previas y buen nivel de funcionamiento	
CRL Vs. GÉNERO	Sobreprotección a las mujeres en su ámbito doméstico	

Ficha de entrevista Nombre del entrevistado: V.G Y J.C Institución: DIRECTORES CRL NUEVA VIDA Fecha: 24/10/2014 Duración: 2 horas 10 minutos		
Nombre del entrevistador: SEGUNDO VALMORISCO		
Temas	Síntesis de ideas principales	Selección de frases relevantes
FSE	Fueron años de capital abundante pero muy poca fe. A muchas entidades les daba por comprar furgonetas. Muchas entidades gastaron cantidades ingentes de dinero y consiguieron nulos resultados	
COFINANCIACIÓN FSE	Desde 2014 se recupera esta fórmula (que ya existía hace 20 años), no obstante el recurso no pelagra ya que en el Acuerdo Marco (noviembre 2013) se especificaba una partida para este recurso	Con la llegada de Cofinanciación FSE se equipara el mismo precio/plaza para todos los CRL, algunas entidades han perdido el 20%
ORÍGENES (1991)	La Red comienza a funcionar en 1988 en la Comunidad de Madrid (CRPS). En 1986 se emprende la Reforma Psiquiátrica. El primer CRL nace de un programa piloto en mayo 1991 desarrollado por la Asociación Psiquiatría y Vida bajo la modalidad de concierto. Nuestro colectivo no era productivo. Por ejemplo, la sociedad estaba segura que una persona con esquizofrenia no podía usar la informática	Eran años en los que había que empezar por superar estereotipos. Se tendía a pensar que quien fallaba era el colectivo
DEBILIDADES MODELO CRL	<ul style="list-style-type: none"> - No existe evaluación - No existe un concepto claro de lo que se entiende por empleo (a veces se computan “actividades marginales”, que poco tienen que ver con la creación de empleo): tampoco en cuanto a los salarios y el grado de satisfacción de las personas hacia el empleo. - Hay que ampliar los equipos con más profesionales de la formación y el empleo, que sean expertos en algunas materias (posicionamiento web, por ejemplo). Debe haber menos clínica y más formación y empleo. - Dentro del equipo generar nuestras propias investigaciones y 	El modelo andaluz hace muy bien estas dos cuestiones: aclara el término empleo y hacen evaluación

	<p>participar en grupos de innovación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los datos de inserción marcan el devenir del recurso, por eso existe cierto temor a los resultados, sobre todo en los momentos de renovación cada 4 años. La categoría de “actividad marginal” se contabiliza para subsistir. 	
MODELO PRIMERO COLOCA Y DESPUÉS ENTRENA	Funciona en Andalucía a través de IDEA, S.A (CEE)	En Madrid existen experiencias recientes a través de 2 CEE de la Fundación Manantial: Manantial Farma (200 puestos de trabajo) y Manantial Documenta (50 puestos de trabajo)
CRL Vs. CEE	Se pretende que los CRL no sean productivos para que no se confundan con los CO. Los CRL acaban con los CO para PEM	
FORTALEZAS CRL	<ul style="list-style-type: none"> - Ajustar la persona al empleo. - Contribuir a que la persona se integre y genere sus propios recursos. - Una de sus cualidades principales es que intenta aprovechar cualquier oportunidad de empleo - Apostar por el proyecto de vida de las personas, satisfacción en lo que uno se ha preparado. Se atiende el deseo vocacional del afectado - Una persona puede a la vez disfrutar de varios recursos: formación, CRL, equipo de apoyo y Mini-Residencia. Eso no ocurre en Cataluña, País Vasco o Cantabria. - No existe límite de tiempo para la persona que hace la RL - Apoyo integral. 	No somos meros colocadores
REQUISITOS ARA ACCEDER EMPLEO PEM	Sin duda obtener el certificado de discapacidad por enfermedad mental	
CRL NUEVA VIDA	<ul style="list-style-type: none"> - Se intermedian todos los puestos de trabajo, no existe BAE en este CRL. El 60% de los que comienzan unas prácticas acaban trabajando, a pesar de no existir ningún 	Buscan practicas no laborales y profesionales para que vengan a formara las personas

	<p>compromiso por parte de la empresa para contratar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0 despidos en 2014 	
MOMENTO MAS IMPORTANTE ITINERARIO	<p>El momento más importante es el de la entrada al centro. Ahí se empieza a construir su propio proyecto. Ya puede equipararse a otras personas iguales. Entra en el mundo de la inclusión. Al principio reclama su papel de paciente, pero poco a poco esta persona se convence de que esta en proceso de recuperación y decide ir más halladle hecho mismo de padecimiento mental</p>	<p>Es muy importante acompañar su proceso inicial de motivación. La persona comienza a vencer la resistencia inicial y se va socializando en los talleres</p>
MUJER Y CRL	<p>Discriminación positiva en el CRL Nueva vida, al adelantar a las mujeres en la lista de espera, en estos momentos es el CRL con más % de mujeres (40%)</p>	<p>Quizá el equipo de Salud mental no considera que el empleo sea necesario para ellas. Esto está cambiando afortunadamente</p>
FACTORES ÉXITO CRL	<ul style="list-style-type: none"> - Estudio a través de un convenio con la Facultad de Psicología de la UCM (Sonia Panadero). La principal conclusión hasta la fecha (no se puede continuar con la investigación por falta de financiación) es que encontrar el puesto de trabajo que mejor se adapta a la personas es el principal factor de éxito. La necesidad de empleo es un factor cada vez más importante. - En los CRL se trabajan todos los factores identificados como de éxito: motivación de la persona, apoyo familiar, buen funcionamiento y experiencias laborales. - Existen grupos de recuperación: modelos con testimonios de personas que han conseguido recuperarse - Existe libertad y flexibilidad en el recurso para innovar con proyectos - Posibilidad de coordinación con quien se considere: Escuelas taller, SEPE, etc.. - Capacidad de adaptación del recurso a patologías de muy diferentes perfiles, sea cual sea su gravedad 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrar en contacto con los pares es el factor mas determinante: "Si otros como yo lo están haciendo yo lo puedo conseguir" (Motivación de la persona) - Localizar lo que la persona hace bien para enfatizar sobre ello - Recurso muy vivo, sin límites. - Existe mucha orientación. - Este recurso no consiste en "Café para todos"
PALABRAS CLAVE EN LA RL	<p>ESPERANZA (Un proyecto claro de lo que se puede hacer a pesar de la enfermedad) y RESPONSABILIDAD (la persona debe involucrarse y ser protagonista de su propio proyecto)</p>	<p>A veces algunos ítems pueden ser claros signos de evolución (ejemplo traer bien y con celeridad la documentación solicitada o vestirse adecuadamente</p>

Nombre del entrevistado: L.M.L-A Institución: FUNDACIÓN TOMILLO – UNIVERSIDAD CARLOS III DE MADRID Fecha: 16/10/2014 Duración: 1 hora 30 minutos		
Nombre del entrevistador: SEGUNDO VALMORISCO		
Temas	Síntesis de ideas principales	Selección de frases relevantes
CAPITAL ONG	Es importante teorizar sobre modelos de trabajo, porque el capital de las ONG se pierde en el trabajo diario	Las ONG deben crear ciudadanos protagonistas, debemos cambiar y dejar de ser la “élite”
LIDERAZGO	Existe incoherencia entre los Técnicos y los políticos	
LAS PERSONAS SON CIUDADANOS Y NO USUARIOS	Lo que les obliga a participar en la solución de los problemas, en responsabilizarse de sus procesos	
HUIR DE LA ENDOGAMIA	El empleo no depende de ti, sino que es fruto de la interconexión de todos, se trata de un proyecto social coordinado	Los modelos son sociales, no son de las instituciones o de las personas, son de todos: CO-LIDERAZGO
PERSONAS PROTAGONISTAS	Los ciudadanos deben ser protagonistas, las personas aprenden de las interacciones	No sólo debe existir una implicación social, sino también política
LIDERAZGO COMPARTIDO	Administrativo, político y técnico	
MODELOS SOCIALES DESCOORDINADOS	En los que cada uno va por su lado. Hay que identificar modelos de impacto. Somos mucho menos eficaces sin coordinación	Recuperar las carreras profesionales de las personas
CONSENSUAR MODELOS	Entre todos los actores sociales que participan. Ejemplo: MESA DE EMPLEO	
MODELOS INTEGRADOS	Donde no se pierda ningún usuario por el camino	
PRESENCIA CIUDADANA	Las personas deben estar presentes en su actividad tanto pública como política. Recuperar el papel de las personas	
CARENCIA DE EMPLEOS EN EL FUTURO	El empleo ya no será tan abundante en el futuro, es necesario identificar las profesiones y las empresas del futuro. Es necesario repensar en actividades sociales necesarias. El trabajo no será la única vía para socializarse.	El trabajador es una pieza clave. Habrá muchas necesidades sociales no cubiertas y el ente público deberá monitorizar los nuevos empleos

Ficha de entrevista	
Nombre del entrevistado: S.G Institución: Responsable Empleo FAISEM Fecha: 11/11/2014 Duración: 0 hora 55 minutos	
Nombre del entrevistador: SEGUNDO VALMORISCO	
Temas	Síntesis de ideas principales
ORIGEN FAISEM	<ul style="list-style-type: none"> - Consenso político en 1993, acuerdo entre todas las fuerzas políticas en el parlamento andaluz para crear FAISEM. - Comienza A funcionar en 1994 con el programa residencial/ocupacional que hoy cuenta con 1200 empleados (en ambos programas) - a través de proyectos europeos crea la primera empresa social en Sevilla. Hoy en día existen 9 - Aprovechando otro programa de empleo en 2003 se crea el SOAE
DEBILIDADES MODELO FAISEM	No concentra todos los recursos en el mismo centro, como hacen los CRL
SOAE (Servicio de orientación y apoyo al empleo)	Articula el transito y los itinerarios por los distintos recursos de FAISEM (Talleres ocupacionales, cursos de formación y empresas sociales). Lo componen 26 técnicos
FORTALEZAS	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de equipos y tareas, no sólo de las personas atendidas en su proceso de inserción laboral y su satisfacción - Itinerarios individualizados - Sin limite temporal - Formación compensatoria
MODELO IPS	EN 2008 se intentó aplicar el modelo, y se constató que no es posible hacerlo.
MODELO CRL	Es partidario de aplicar ambos modelos “primero coloca y después entrena” y “Primero entrena y después coloca”. También en Andalucía se da un modelo híbrido
DEBILIDADES IPS	Poca confianza del personal de los equipos de trabajo en las personas atendidas, sobre todo en las fases iniciales.
FORTALEZAS IPS	Cualquiera puede beneficiarse
FACTOR CLAVE EN REHABILITACIÓN LABORAL	La motivación para trabajar de la persona
MODELO MIXTO	Quien está cerca del empleo se beneficia del modelo IPS y quien no del empleo protegido o de las empresas sociales

TASAS DE INSERCIÓN	<p>Tasa de inserción: 30%</p> <p>Programa de formación: 25%</p> <p>Programa de prácticas: 35%</p> <p>Programa de acompañamiento: 35%</p>
INDICADORES DE EVALUACIÓN (Anuales)	<ul style="list-style-type: none"> - Empresas visitadas - Empresas fidelizadas - Usuarios atendidos - Calidad del empleo conseguido - Resultados en cuanto al consumo de servicios sanitarios - Calidad de vida - satisfacción
APORTACIONES PARA MEJORAR EL MODELO	<ul style="list-style-type: none"> - Gran estudio a nivel nacional que aporte evidencias empíricas que compare ambos modelos y apostar por el que mejor funcione. - Financiación estable, nuestros equipos fluctúan - Mas herramientas de evaluación estandarizadas
MUJER Vs EMPLEO	<ul style="list-style-type: none"> - Atendemos a más hombres que mujeres (65%-35%). - Tienen un doble estigma, en ocasiones un triple estigma: por ser mujer, por tener EM y por tener empleos propios precarios (limpieza, etc..)
IMPACTO DE LA CRISIS EN EL EMPLEO	<p>2009: 1000 contratos</p> <p>2012: 700</p> <p>2013: 780</p> <p>2014: 820 (estimación)</p> <p>La mayor parte del empleo creado es en las 9 empresas sociales (empleo protegido) pertenecientes al Grupo IDEMA (70% entre las 9 empresas del grupo y Otros CEE)</p>
FINANCIACIÓN FAISEM	<p>Financiación pública para la Fundación, se trata de una financiación estable en su presupuesto. No utiliza la fórmula del concierto como los CRL</p>

11.4 ANEXO 4: GUIÓN GRUPOS DE DISCUSIÓN Y FICHAS RESUMEN

GUIÓN GRUPO DE DISCUSIÓN 1 (PERSONAS CRL QUE TRABAJAN)

0. **INTEGRACIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN EL ÁMBITO SOCIOLABORAL.** Valoración en la actualidad.
1. **TU ORIGEN EN LOS CRL:** Participación de las personas en el recurso (debilidades y fortalezas. Relaciones que se producen entre ellos: personas, familias, políticos, técnicos, sindicatos....
2. **FASES DEL ITINERARIO:** Fases más importantes en tu propio itinerario. Importancia de la familia. Consenso entre CRL y persona.
3. **GÉNERO Y EDAD Vs. SALUD MENTAL:** Estigma y autoestigma de las mujeres con enfermedad mental. Perfiles formativos y de inserción laboral de la mujer en los CRL. (debilidades)
4. **FACTORES CLAVE EN LA INSERCIÓN LABORAL DE LOS EMG:** Motivación, Apoyo familiar, Experiencias laborales previas y Buen nivel de funcionamiento (ponderación de estos 4 factores). Claves de la intermediación laboral. (fortalezas y debilidades de cada uno de los factores)
5. **CLAVES DEL ÉXITO DE LOS CRL.** la continuidad del mismo (apuesta decidida de la Comunidad de Madrid): la existencia de equipos multiprofesionales, la visión integral del recurso, el plazo para conseguir su meta de inserción laboral lo marca la persona y no el itinerario/protocolo de atención y el trabajo en red (ponderación de estos 4 factores). (fortalezas-oportunidades)
6. **APORTACIONES PARA MEJORAR EL MODELO:** Financiación. Equipo profesional. Infraestructuras. Otros medios (materiales, etc.). Otras aportaciones. (oportunidades)

Ficha de Grupo de discusión 1 (USUARIOS CRL QUE TRABAJAN)		
Nombre de las personas entrevistadas: L.H S.E G.M B.M A.C J.M J.P L.F Fecha: 05/11/2014 Duración: 1 hora 35 minutos Institución: CRL Alcorcón		
Nombre del entrevistador: SEGUNDO VALMORISCO		
Temas	Síntesis de ideas principales	Selección de frases relevantes
FORTALEZAS	<ul style="list-style-type: none"> - La mejor fase es la de talleres, reenseñan formación y te especializan - La mejor fase es la de orientación, en mi caso volví a estudiar. - En otros servicios de empleo somos un número en la base de datos - Lo más importante es la persona y el CRL - Lo importante es no dejar las cosas a medias, empecé a resurgir a partir de venir al CRL - Ya no tengo miedo a no renovar mi contrato - En mi caso la familia me sobreprotegía y no me apoyaba en nada (situación muy conflictiva) - La fase más importante es la de seguimiento porque te dan pautas una vez que estás trabajando - Fase más importante: la formación y los talleres: te 	

	<p>enseñan el trato con los compañeros, con el jefe, te enseñan a tener soltura y rapidez</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lo importantes es la persona y el CRL, la familia está en otro plano - He encontrado trabajo gracias a haber realizado muchas prácticas - Me enseñan competencias y comportamientos: llamar a la puerta, puntualidad, etc.. - Lo importante es el tesón de la persona, tienes que ser tú el primero que quieras trabajar (motivación) - Mi vida se veía muy desestructurada sin trabajar, ahora valoro cosas que antes no: cocinar, ser responsable, etc... - En el CRL nos enseñan hábitos de trabajo, aunque nuestro taller no guarde relación con el puesto que vayamos a desempeñar. - La motivación del equipo ha sido fundamental, desde el primer día me dijeron que si hacía las cosas bien en un futuro podría conseguir un puesto de trabajo, y así ha sido. - Admiro el esfuerzo que los profesionales del CRL han hecho conmigo, todas las fases son importantes: me han conseguido entrevistas de trabajo, formación y prácticas (a través de ellas está trabajando) - Te enseñan a hacer entrevistas y a comportante y saber lo que tienes que decir. - Ahora sé cuando me va a venir una crisis e intento prevenirme. - Lo bueno es que aquí no hay plazos. - Se trabaja mucho lo personas, no sólo lo laboral: si mi vida personal está mal, también lo estará mi vida profesional. - Los talleres no son lo más importante, sino lo que en ellos se aprende. - Con los problemas de Salud mental pierdes muchas cosas que tenías antes, tu vida cambia 	
--	--	--

	<p>completamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En los talleres se potencia la creatividad, la empatía y la relación entre personas. - La fase de cogida es muy importante (motivación) - Todas las fases son buenas - A veces me he apartado del CRL y las cosas me van peor, me doy cuenta que debo volver, me ayudan a estructurarme. - Antes mi vida estaba en -10, ahora, por muy mal que esté siempre parto de +3 - Prevenimos nuestras propias recaídas, antes de caer ya sé lo que va a pasar. - 	
DEBILIDADES	Las infraestructuras son pequeñas porque somos muchos	
MUJER Vs CRL	Dos casos bien diferentes, en uno la familia no apoya y en otro si	

GUIÓN GRUPO DE DISCUSIÓN 2 (PERSONAS CRL QUE NO TRABAJAN)

0. **INTEGRACIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN EL ÁMBITO SOCIOLABORAL.** Valoración en la actualidad.
1. **TU ORIGEN EN LOS CRL:** Participación de las personas en el recurso (debilidades y fortalezas. Relaciones que se producen entre ellos: personas, familias, políticos, técnicos, sindicatos....
2. **FASES DEL ITINERARIO:** Fases más importantes en tu propio itinerario. Importancia de la familia. Consenso entre CRL y persona.
3. **GÉNERO Y EDAD Vs. SALUD MENTAL:** Estigma y autoestigma de las mujeres con enfermedad mental. Perfiles formativos y de inserción laboral de la mujer en los CRL. (debilidades)
4. **FACTORES CLAVE EN LA INSERCIÓN LABORAL DE LOS EMG:** Motivación, Apoyo familiar, Experiencias laborales previas y Buen nivel de funcionamiento (ponderación de estos 4 factores). Claves de la intermediación laboral. (fortalezas y debilidades de cada uno de los factores)
5. **CLAVES DEL ÉXITO DE LOS CRL.** la continuidad del mismo (apuesta decidida de la Comunidad de Madrid): la existencia de equipos multiprofesionales, la visión integral del recurso, el plazo para conseguir su meta de inserción laboral lo marca la persona y no el itinerario/protocolo de atención y el trabajo en red (ponderación de estos 4 factores). (fortalezas-oportunidades)
6. **APORTACIONES PARA MEJORAR EL MODELO:** Financiación. Equipo profesional. Programas. Infraestructuras. Otros medios (materiales, etc.). Otras aportaciones. (oportunidades)

Ficha de Grupo de discusión 2 (USUARIOS CRL QUE NO TRABAJAN)		
Nombre de las personas entrevistadas: A.V A.G P.M R.R P.S J.G D.M E.M		
Fecha: 30/10/2014 Duración: 1 hora Institución: CRL Alcorcón		
Nombre del entrevistador: SEGUNDO VALMORISCO		
Temas	Síntesis de ideas principales	Selección de frases relevantes
OBJETIVOS CRL	Se les entregan por escrito una vez pasados los 45 días iniciales	
FORTALEZAS CRL	<ul style="list-style-type: none"> - Compañeros/as, nos sentimos a gusto con personas que también lo han pasado mal como nosotros. Alegría de vernos por la mañana. - El trato recibido en los talleres (MOLA, CREATIVA Y JARA) - Existe variedad en los profesionales, siempre encuentro a quien necesito - Deberíamos aprovecharnos más de lo que hay - Limpieza del centro - Te acostumbras a un horario y tenemos una ocupación, es mejor que estar en casa sin hacer nada. - Te enseñan un hábito, estás entretenida, te enseñan cosas que nunca has hecho y además te relacionas 	

DEBILIDADES CRL	<ul style="list-style-type: none"> - Los recortes han afectado a los CRL, por ejemplo a veces hay que esperar demasiado a que llegue un camión de mantillo o falta material (que hay recortes lo admiten personas de 1 de los 3 talleres) - Deberían ser más generosos con nosotros: deberían motivarnos más, quizá con el pago de un pequeño salario para nuestros gastos (100 €) - Que nos escuchen más - No tenemos un sueldo y yo hago el mismo trabajo que cualquiera 	
OTRAS ACTIVIDADES CRL	Grupo de terapia (terapeuta ocupacional) Reunión quincenal multifamiliar en Centro Cívico Viña grande en el que se cuenta lo que hacemos día a día. El grupo lo forman profesionales, nosotros y nuestras familias.	
FACTORES ÉXITO	<ul style="list-style-type: none"> - Lo más importante es la motivación de la persona siempre que tenga un carácter fuerte (personalidad). De otra forma la familia también es importante - Reconocen que la sociedad discrimina (microsociedad), pero en su microsociedad (familia, amigos, barrio) la gente les suela aceptar e incluso hay quien no sabe que tiene una enfermedad mental 	
INFRAESTRUCTURAS	Admiten que son pequeñas y que deberían mejorarse Hacen el mantenimiento del propio edificio del CRL	
RECOMENDACIONES	ESTUDIO DE EVALUACIÓN DE LOS CRL. Infraestructuras, satisfacción, programas, índices de inserción. Realizar un INFORME de cada CRL	

GUIÓN GRUPO DE DISCUSIÓN 3 (FAMILIARES PERSONAS CRL)

0. **INTEGRACIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN EL ÁMBITO SOCIOLABORAL.** Valoración en la actualidad.
1. **TU ORIGEN EN LOS CRL:** Participación de las personas en el recurso (debilidades y fortalezas. Relaciones que se producen entre familiares, personas, políticos, técnicos, sindicatos....
2. **FASES DEL ITINERARIO:** Fases más importantes en el itinerario. Importancia de la familia. Consenso entre CRL y persona.
3. **FACTORES CLAVE EN LA INSERCIÓN LABORAL DE LOS EMG:** Motivación, Apoyo familiar, Experiencias laborales previas y Buen nivel de funcionamiento (ponderación de estos 4 factores). Claves de la intermediación laboral. (fortalezas y debilidades de cada uno de los factores)
4. **CLAVES DEL ÉXITO DE LOS CRL.** la continuidad del mismo (apuesta decidida de la Comunidad de Madrid): la existencia de equipos multiprofesionales, la visión integral del recurso, el plazo para conseguir su meta de inserción laboral lo marca la persona y no el itinerario/protocolo de atención y el trabajo en red (ponderación de estos 4 factores). (fortalezas-oportunidades)
5. **APORTACIONES PARA MEJORAR EL MODELO:** Financiación. Equipo profesional. Infraestructuras. Programas. Otros medios (materiales, etc.). Otras aportaciones. (oportunidades)

Ficha de Grupo de discusión 3 (FAMILIARES USUARIOS CRL)		
Nombre de las personas entrevistadas: J.M M.B B.T M.M A.A M.C		
Fecha: 31/10/2014 Duración: 0 horas 50 minutos Institución: CRL Alcorcón		
Nombre del entrevistador: SEGUNDO VALMORISCO		
Temas	Síntesis de ideas principales	Selección de frases relevantes
FORTALEZAS CRL	<ul style="list-style-type: none"> - Se obligan a venir. Les viene muy bien tener un horario, sobre todo al principio. Tener una obligación - El trabajo es lo que más le motiva, quiere un trabajo estable. Él podría trabajar en una empresa normal. - Las empresas deberían contratar a EM, se llevan beneficios sociales contratando a personas a veces con mayores capacidades 	
DEBILIDADES CRL	<ul style="list-style-type: none"> - Todos aspiran a un trabajo, eso les animaría más, hay veces que se vienen abajo - Su mayor miedo es quedarse en paro - Cuando van mejorando lo que necesitan es un trabajo - Le han metido en un taller de jardinería y yo no le veo en eso 	
DEBILIDADES FAMILIA	<ul style="list-style-type: none"> - A veces no ayudamos lo suficiente por falta de información - Las familias solemos estar muy poco preparadas para ayudarles, aunque os dan consejos nos deberían ayudar más. 	

	<ul style="list-style-type: none"> - Nos echan en cara que les hemos tenido muy protegidos. - Papel de la madre (protector) y del padre (mas emancipador) 	
DEBILIDADES SOCIEDAD	<ul style="list-style-type: none"> - La sociedad rechaza mucho a estas personas por desconocimiento - Debemos mentalizar a las empresas de los beneficios - Se deberían crear más puestos de trabajo en el sector público - Las empresas prefieren a personas con discapacidad intelectual 	
DEBILIDADES PEM	<ul style="list-style-type: none"> - Ellos mismos se hunden (autoestigma). - Muchas veces son ellos los que se ven incapaces de hacer algo - A la hora de trabajar son muy importantes los compañeros - A mi hijo le afectan más los compañeros que el propio jefe. - Cada caso es único, la enfermedad y la propia sociedad les ha hecho débiles 	
PROPUESTAS	Mayor coordinación en todos los CRL para que la persona elija el taller que desee en otro centro distinto al que le corresponde por municipio	

GUIÓN GRUPO DE DISCUSIÓN 4 (EQUIPO CRL)

0. INTEGRACIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN EL ÁMBITO SOCIOLABORAL. Valoración en la actualidad.

1. **NACIMIENTO DEL RECURSO:** Orígenes. Contexto sociodemográfico. Principales apoyos: ONGs, Administración Pública, Sindicatos. Evaluación de las primeras experiencias. Encuentro entre tipos de organización, entre diferentes actores., relaciones que se producen entre ellos: personas, familias, políticos, técnicos, sindicatos....
2. **FASES DEL ITINERARIO:** Diferencias respecto a otros recursos. Fases más importantes. Importancia de la familia. Consenso con la persona. Importancia de la evaluación en varios momentos. Participación de las personas en el recurso (debilidades y fortalezas)
3. **MODELO PRIMERO ENTRENA Y DESPUÉS COLOCA O VICEVERSA:** Análisis comparativo respecto a otros modelos en el ámbito de las CC.AA, europeo e internacional. (Fortalezas-oportunidades)
4. **GÉNERO Y EDAD Vs. SALUD MENTAL:** Estigma y autoestigma de la mujer con enfermedad mental. Perfiles formativos y de inserción laboral de la mujer en los CRL. (debilidades)
5. **FACTORES CLAVE EN LA INSERCIÓN LABORAL DE LOS EMG:** Motivación, Apoyo familiar, Experiencias laborales previas y Buen nivel de funcionamiento (ponderación de estos 4 factores). Claves de la intermediación laboral. (fortalezas y debilidades de cada uno de los factores)
6. **CLAVES DEL ÉXITO DE LOS CRL.** la continuidad del mismo (apuesta decidida de la Comunidad de Madrid): la existencia de equipos multiprofesionales, la visión integral del recurso, el plazo para conseguir su meta de inserción laboral lo marca la persona y no el itinerario/protocolo de atención y el trabajo en red (ponderación de estos 4 factores). (fortalezas-oportunidades)
7. **APORTACIONES PARA MEJORAR EL MODELO:** Financiación. Equipo profesional. Infraestructuras. Otros medios (materiales, etc.). Otras aportaciones. (oportunidades)
8. **COMO AFECTA LA CRISIS A ESTE RECURSO EN EL PRESENTE Y COMO LO HARÁ EN EL FUTURO.** Cuestionamiento o imposibilidad de sostener la red en el futuro. (debilidades-amenazas)

Ficha de Grupo de discusión 4 (EQUIPO CRL GETAFE)		
Nombre de los profesionales entrevistados: M.A C.N M.S K.P M.S Y.S M.V Fecha: 05/11/2014 Duración: 2 horas 05 minutos Institución: CRL Getafe		
Nombre del entrevistador: SEGUNDO VALMORISCO		
Temas	Síntesis de ideas principales	Selección de frases relevantes
PROPUESTAS PERSONAS ATENDIDAS	<ul style="list-style-type: none"> - Se podría hacer algo más en el CRL en cuanto al ocio de aquellas personas que están en seguimiento y lo demandan - Más contacto entre compañeros, hay gente que no se conoce. 	
PROPUESTAS MEJORAS RECURSO	<ul style="list-style-type: none"> - Retorno del valor social, lo que se ahorra el estado en sanidad con recursos psicosociales - 	
INVESTIGACIÓN	Mariola (psicóloga) hizo su DEA sobre predictores laborales.	
DEBILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> - Hay que saber que se considera empleo, muchas veces se combinan empleos a tiempo parcial para no perder la pensión - (En EEUU si las oficinas les ofrecen un empleo no se pueden negar), en los jobcenter del Reino Unido te obligan a llamar las empresas - No existe coordinación con el Servicio Regional de Empleo y poca con los Centros Base del IMSERSO, son debilidades del sistema 	

	<ul style="list-style-type: none"> - Los servicios de salud mental están cortos de efectivos , a veces los CRL hacen funciones que se exceden de sus competencias - No llegamos al autoempleo - No medimos si empleo es integración (hay familias que comen con la pensión y el trabajo de sus hijos/as) - Falta diagnóstico precoz en los servicios de atención primaria - La media en diagnosticar a una persona es de 10 años - Perfiles del TAIL a la hora de contactar con las empresas, que sea más comercial (hábil, honesto, cara al público, que le guste). 	
--	--	--

GUIÓN GRUPO DE DISCUSIÓN 5 (TAIL)

0. INTEGRACIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN EL ÁMBITO SOCIOLABORAL. Valoración en la actualidad.

1. **NACIMIENTO DEL RECURSO:** Orígenes. Contexto sociodemográfico. Principales apoyos: ONGs, Administración Pública, Sindicatos. Evaluación de las primeras experiencias. Encuentro entre tipos de organización, entre diferentes actores., relaciones que se producen entre ellos: personas, familias, políticos, técnicos, sindicatos....
2. **FASES DEL ITINERARIO:** Diferencias respecto a otros recursos. Fases más importantes. Importancia de la familia. Consenso con la persona. Importancia de la evaluación en varios momentos. Participación de las personas en el recurso (debilidades y fortalezas)
3. **MODELO PRIMERO ENTRENA Y DESPUÉS COLOCA O VICEVERSA:** Análisis comparativo respecto a otros modelos en el ámbito de las CC.AA, europeo e internacional. (Fortalezas-oportunidades)
4. **GÉNERO Y EDAD Vs. SALUD MENTAL:** Estigma y autoestigma de la mujer con enfermedad mental. Perfiles formativos y de inserción laboral de la mujer en los CRL. (debilidades)
5. **FACTORES CLAVE EN LA INSERCIÓN LABORAL DE LOS EMG:** Motivación, Apoyo familiar, Experiencias laborales previas y Buen nivel de funcionamiento (ponderación de estos 4 factores). Claves de la intermediación laboral. (fortalezas y debilidades de cada uno de los factores)
6. **CLAVES DEL ÉXITO DE LOS CRL.** la continuidad del mismo (apuesta decidida de la Comunidad de Madrid): la existencia de equipos multiprofesionales, la visión integral del recurso, el plazo para conseguir su meta de inserción laboral lo marca la persona y no el itinerario/protocolo de atención y el trabajo en red (ponderación de estos 4 factores). (fortalezas-oportunidades)
7. **APORTACIONES PARA MEJORAR EL MODELO:** Financiación. Equipo profesional. Infraestructuras. Otros medios (materiales, etc.). Otras aportaciones. (oportunidades)
8. **COMO AFECTA LA CRISIS A ESTE RECURSO EN EL PRESENTE Y COMO LO HARÁ EN EL FUTURO.** Cuestionamiento o imposibilidad de sostener la red en el futuro. (debilidades-amenazas)

Ficha de Grupo de discusión 5 (TAIL I CRL)		
<p>Nombre de los profesionales entrevistados:</p> <p>E.S (CRL VILLAVERDE) V.C (CRL USERA) B.R (CRL VALLECAS) O.V (CRL CARABANCHEL) S.C (CRL TORREJÓN) V.P (CRL LEGANÉS) J.P (CRL RETIRO) C.N (CRL GETAFE)</p> <p>Fecha: 24/10/2014 Duración: 1 hora 15 minutos Institución: CRL Leganés</p>		
Nombre del entrevistador: SEGUNDO VALMORISCO		
Temas	Síntesis de ideas principales	Selección de frases relevantes
OBJETIVO CRL	Tratar de explicar al empresario que lo importante es que sabe trabajar, no si toma la medicación. Para ello están la figura de los preparadores laborales.	
RATIO DE ATENCIÓN	7 profesionales para 55 personas. Y ello sin tener un objetivo mínimo de inserciones laborales necesarias.	
TRATO CON LAS EMPRESAS	Existe un trato cordial entre las empresas y los CRL, una relación directa para saber lo que se quiere. Ya no hay presión para ir a la empresa en busca de la oferta, la relación ha cambiado, ya no se hace a "puerta fría". Ahora se buscan ofertas concretas para personas concretas. Cuando la empresa está fidelizada se trabaja mejor, con más confianza	Se trabaja mucho la sensibilización y la motivación
INDIVIDUALIZACIÓN	Se trata de estandarizar a todo el mundo y hay personas que no quieren buscar trabajo a través de las redes sociales.	
TRABAJO PROFESIONAL EN RED	Se comparten metodologías, folletos comunes, beneficios de contratación a PEM. A veces esto es un obstáculo porque deben ponerse de acuerdo 7	

	empresas (burocracia, justificación de gastos, etc..)	
VALORACIÓN SOCIAL DEL RECURSO	Se hace mucho hincapié en los que cuesta pero no en el dinero que se ahorra y en sus resultados.	
OPORTUNIDADES CRL	Haría falta una gran campaña de publicidad sobre la necesidad del empleo en las PEM, la tarea la realizan los CRL desde abajo, sería necesario un buen anuncio en TV	Mayor inversión en publicidad y difusión del servicio
EDAD Y CRL	Muchos se quedan colgados en su vida al crecer de diagnóstico y darse sus primeros brotes durante su juventud.	
FACTORES CLAVE CRL	Todos ellos se trabajan desde los CRL: motivación, apoyo familiar, experiencias laborales, buen nivel de funcionamiento	
PREPARADORES LABORALES	Tengo que conocer el producto. Cantabria contrataba en sus equipos a muchos prospectores, pero lo realmente importante no es trabajar solo del lado de la oferta, sino del lado de la demanda. Esta experiencia fracasó porque no conocían bien a las PEM (producto)	
PRÓXIMO CRL	Alcobendas en enero 2015	

Ficha de Grupo de discusión 6 (TAIL II CRL)		
<p>Nombre de los profesionales entrevistados:</p> <p>J.A (CRL ARANJUEZ) P.L (CRL ALCALÁ DE HENARES) M.C (CRL ALCORCÓN) D.M (CRL VILLALBA) C.G (CRL VÁZQUEZ DE MELLA) R.H (CRL SAN BLAS) M.C (CRL MÓSTOLES)</p> <p>Fecha: 24/10/2014 Duración: 1 hora 10 minutos Institución: CRL Leganés</p>		
Nombre del entrevistador: SEGUNDO VALMORISCO		
Temas	Síntesis de ideas principales	Selección de frases relevantes
FACTORES DE ÉXITO MODELO	<ul style="list-style-type: none"> - Flexibilidad - 45 días de evaluación - Ratios reducidos de trabajo - Evaluación de las tareas realizadas por estas personas - Los talleres son el punto fuerte porque se trabaja todo: motivación, familias, funcionamiento. - Los usuarios no tienen tiempo límite para estar en el centro: depende de sus objetivos de inserción y esos objetivos dependen de la personas, que es un fin en sí misma - La No inserción laboral no es un fracaso, muchas veces descubrir eso es un logro - Existe respaldo hacia las empresas que les contratan , hay una gran coordinación - La red ofrece más recursos para aquellas personas que no encuentran un empleo - El objetivo es mejorar la calidad 	<p>A veces por presión social se les obliga a trabajar, por ello es muy importante trabajar los objetivos de la inserción: por pura necesidad, por sacarme el carnet de conducir, por emanciparme, por comprarme un coche.</p> <p>Existe gente que se va y después vuelve.</p> <p>Cada vez se cuenta más con la persona para marcar sus objetivos, esto se hace 1 vez al mes, al principio no era así.</p>

	<p>de vida y las potencialidades de la persona, y eso es algo más amplio que el trabajo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estabilidad del recurso, eso al empresario le tranquiliza (en contraposición a programas de empleo que tienen fecha de caducidad: AEDL, por ejemplo) 	
IMPORTANCIA DE LA PERSONA	Los informes de seguimiento anual y las juntas de evaluación se realizan con las personas presentes (El CRL de Leganés es pionero). Se trata de un modelo abierto. En el CRL de Torrejón de Ardoz se lee textualmente a la persona su informe.	Desde que entra en el CRL no le tratas como enfermo mental
TRATO CON LAS EMPRESAS	Nos posicionamos no como un recurso social. Tenemos que luchar constantemente contra el estigma, sensibilizar. Hablar constantemente con las empresas de productividad y también de responsabilidad empresarial.	Lo que tratamos es de poner a trabajadores cualificados en el mercado, hemos aprendido del modelo utilizado en el marketing: vendemos u servicio de calidad, aparte de informar sobre las bonificaciones, vendemos nuestros puntos fuertes, como son el trabajo en red
FIGURAS CRL	PREPARADOR LABORAL: Persona TAIL: Empresa	

GUIÓN GRUPO DE DISCUSIÓN 6 (DIRECTORES DE CRL)

0. INTEGRACIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN EL ÁMBITO SOCIOLABORAL. Valoración en la actualidad.

1. **NACIMIENTO DEL RECURSO:** Orígenes. Contexto sociodemográfico. Principales apoyos: ONGs, Administración Pública, Sindicatos. Evaluación de las primeras experiencias. Encuentro entre tipos de organización, entre diferentes actores., relaciones que se producen entre personas, familias, políticos, técnicos, sindicatos....
2. **FASES DEL ITINERARIO:** Diferencias respecto a otros recursos. Fases más importantes. Importancia de la familia. Consenso con la persona. Importancia de la evaluación en varios momentos. Participación de las personas en el recurso (debilidades y fortalezas)
3. **MODELO PRIMERO ENTRENA Y DESPUÉS COLOCA O VICEVERSA:** Análisis comparativo respecto a otros modelos en el ámbito de las CC.AA, europeo e internacional. (Fortalezas-oportunidades)
4. **GÉNERO Y EDAD Vs. SALUD MENTAL:** Estigma y autoestigma de la mujer con enfermedad mental. Perfiles formativos y de inserción laboral de la mujer en los CRL. (debilidades)
5. **FACTORES CLAVE EN LA INSERCIÓN LABORAL DE LOS EMG:** Motivación, Apoyo familiar, Experiencias laborales previas y Buen nivel de funcionamiento (ponderación de estos 4 factores). Claves de la intermediación laboral. (fortalezas y debilidades de cada uno de los factores)
6. **CLAVES DEL ÉXITO DE LOS CRL.** la continuidad del mismo (apuesta decidida de la Comunidad de Madrid): la existencia de equipos multiprofesionales, la visión integral del recurso, el plazo para conseguir su meta de inserción laboral lo marca la persona y no el itinerario/protocolo de atención y el trabajo en red (ponderación de estos 4 factores). (fortalezas-oportunidades)
7. **APORTACIONES PARA MEJORAR EL MODELO:** Financiación. Equipo profesional. Infraestructuras. Programas. Otros medios (materiales, etc.). Otras aportaciones. (oportunidades)
8. **COMO AFECTA LA CRISIS A ESTE RECURSO EN EL PRESENTE Y COMO LO HARÁ EN EL FUTURO.** Cuestionamiento o imposibilidad de sostener la red en el futuro. (debilidades-amenazas).

Ficha de Grupo de discusión 6 (DIRECTORES CRL)		
<p>Nombre de los profesionales entrevistados:</p> <p>M.R (CRL ALCALÁ DE HENARES) E.E (CRL VÁZQUEZ DE MELLA) F.C (CRL VALLECAS) P.M (CRL LEGANÉS) S.T (CRL FUENLABRADA) S.C (CRL HORTALEZA) P.M (CRLCRL MÓSTOLES) M.A (CRL GETAFE)</p> <p>Fecha: 17/10/2014 Duración: 1 hora 35 minutos Institución: CRL Leganés</p>		
Nombre del entrevistador: SEGUNDO VALMORISCO		
Temas	Síntesis de ideas principales	Selección de frases relevantes
IMPORTANCIA CERTIFICADO MINUSVALÍA	Imprescindible para conseguir empleo. Las personas jóvenes no lo valoran	Esta filosofía es contraria a los CRL, recuro en el que se potencia el empoderamiento de las personas
ITINERARIO	La mayor fortaleza es que se trata de un proceso individualizado	
PESO SIMBÓLICO DISCAPACIDAD	Tienes un impacto real sobre la capacidad real del individuo	
AUTOEMPLEO	Apenas se crean puestos de trabajo bajo esta modalidad. Requiere de unas mayores competencias. Los CRL reflejan una realidad social (escasez de autoempleo, aparte de las barreras existentes en España para el autoempleo: trato fiscal, burocracia, etc.)	No puede ser una barrera para los equipos (deficiencias). Proteccionismo de los CRL hacia sus usuarios
ITINERARIOS	Personalizado, es un modelo práctico, flexible, basado en un trabajo en red. Los CRL se integran en los territorios. Las ofertas son compartidas por los 21 CRL, así como las iniciativas, formación, reuniones de equipo, entornos, empresarios, familias	Se desarrollan sin presión temporal (una persona puede estar desde 6 meses hasta 4 años). Se escucha a la persona y a partir de ahí se construye. Respetar a la persona en cada una de las fases.

EQUIPO	Que arropa a los usuarios, que no les dejan solos y les acompañan en todo el proceso, gestionando sus fracasos y sus éxitos. Apenas hay abandonos. El objetivo es que las personas sigan funcionando sin sus equipos	
RED	El CRL es una red en la que haces amigos y tienes un contacto con las personas	El objetivo no es conseguir un empleo sino un entrenamiento para que la persona adquiriera unas competencias
PIRL	Este modelo es muy útil, pero debe darse con familias que tengan al menos sus necesidades más básicas cubiertas (ejemplo de algunas que no pueden pagar el abono transporte para llegar al centro)	
NECESIDADES	A veces se detecta que lo que necesita una personas son ingresos, entonces se tramitan las ayudas a las que tiene derecho la persona, no siempre es empleo.	La urgencia económica hace tambalear el modelo, en esos casos es mejor primero la colocación y después el empleo
ESTABILIDAD LABORAL	En ocasiones la estabilidad laboral les hace desligarse del centro.	Importancia de un protocolo de seguimiento. Es cuando más hay que trabajar al trata de mantener el empleo
CONFIANZA	En ocasiones es el propio equipo quien pone límites a la persona en su proceso de rehabilitación	A veces el contexto es tan de riesgo que es crucial el seguimiento, en otras ocasiones no
FLEXIBILIDAD ITINERARIO	No se puede meter a todo el mundo en el mismo programa del túnel de lavado	
SALUD MENTAL	Los CSM quieren agilizar la lista de espera. A veces entra en CRL (menor lista de espera) sin seguir el itinerario correcto (CRPS)	
GESTIÓN DE ALTAS	Los equipos se ven entre las presiones de salud mental y sus propia comodidad al preferir trabajar con usuarios con los que se han estrechado vínculos	
PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO	En ocasiones cuando das un alta el usuario remota de nuevo las demandas de atención	
DEBILIDADES	Debería haber un mayor consensúen: utilizar una misma base de datos, un mismo protocolo de seguimiento y un análisis estadístico de las memorias	Los criterios de alta no son iguales para todos
ITINERARIO	Evaluación-Intervención-Seguimiento	45 días para devolución
CONFIANZA	Cuanto más confías en un individuo más capacidad tiene. También es importante	Incluso el propio CRL puede desmotivar

	conocer las expectativas que tiene la familia y del usuario hacia sí mismo	
MUJER Y CRL	Se trata de un 30% de las personas atendidas, aunque en las unidades de hospitalización de salud mental llegan 50% hombres y mujeres. El CRL ha demostrado que el proceso de rehabilitación es más rápido en el caso de las mujeres. Los porcentajes se van cambiando lentamente.	Tiene un rol interiorizado en su entorno, por la cultura, familia. Los psiquiatras no favorecen a las mujeres (70% hombres). Ha habido trabajo de sensibilización con las familias
EDAD Y CRL	En los más jóvenes el itinerario debe ser diferente. Muchos no tienen conciencia de enfermedad. Llegan muy tarde a los CRL, al tardar en diagnosticarse. Los itinerarios fomentan más lo académico y formativo. El joven debe empezar por reconocer la enfermedad.	La prevención es muy importante en la EM, es necesario trabajar con las familias y con los CSM. El diagnóstico paraliza después de muchos años
PERFILES PROFESIONALES	Los TAIL no son siempre pedagogos, sociólogos, economistas, etc. deberían tener un perfil más empresarial y comercial	
FACTORES CLAVE INSERCIÓN	Para este Grupo discusión nº 7 sin duda es la motivación de la persona	
FACTORES CRL	FORTALEZAS: La continuidad en el tiempo y la estabilidad de los equipos	DEBILIDADES: Más coordinadores en dispositivos únicos (la mayoría coordinan 2-3 dispositivos: CRL y CRPS y Centro de Día)
CIUDADANOS Y PROCESOS	Hay que conseguir que los ciudadanos participen de sus propios procesos y los equipos están para enfatizar sus capacidades y para apoyarles en sus procesos	